Rok XXXVII. Kraków 5. Marca 1898. Nr. 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Dalsze badania nad czynnością nerek [1])

napisał

Prof. Dr. W. Sobierański.

Nim przystąpię do głównego mego zadania, to jest do przedstawienia zmian, zachodzących w nabłonkach kanalików moczowych podczas czynności nerek, pragnę powiedzieć kilka słów o funkcyi nerek wogóle, a czynię to dlatego, aby moje teraźniejsze poszukiwania przedstawiły się wypuklej, a przeto i zrozumialej.

Wiadomo, że dotychczas istnieją dwie teorye, usiłujące wyjaśnić nam czynność nerek: jedna z nich podana została przez Bowmana [2]), druga zaś przez Ludwiga [3]). Pierwszy z nich, Bowman, twierdzi, że woda, wraz z solami, przedostaje się przez kłębuszki, tymczasem właściwe sole moczowe, jak mocznik, kwas moczowy, wydzielane zostają przez nabłonki kanalików krętych. Ludwig natomiast mniema, że wszystkie sole moczowe, znajdujące się w stanie wolnym we krwi, przedostają się przez kłębuszki na drodze dyfuzyi i osmozy. Nabłonkom zaś kanalików krętych przypisuje własności chłonicze, nie zaś wydzielnicze. Podług tego autora, narządy te sprowadzają właściwe stężenie moczu, który początkowo w stanie zbyt rozcieńczonym przedostaje się przez kłębuszki. Obydwie więc te teorye uznają ważność nabłonków kanalików krętych. Punktem więc spornym jest tylko rola, jaką te narządy odgrywać mają, t. j. czy jest ona wydzielnicza, czy też chłonnicza.

Sprawa ta, pomimo wielkich wysiłków obustronnych, była nierozwiązana, gdyż tak Bowman jak i Ludwig nie zdołali dostarczyć doświadczalnych dowodów na poparcie swych twierdzeń. Dopiero w ostatnich czasach teorya Bowmana, dzięki Heidenhainowi [4]), zyskała nieomal powszechne uznanie. Pomimo to ja, na zasadzie własnych doświadczeń, zmuszony byłem wystąpić przeciwko teoryi Bowman-Heidenhaina i, zdaje mi się, przestawiłem dostateczną liczbę dowodów na zbicie twierdzeń tych badaczów.

Nie mam zamiaru tutaj opisywać mych dawnych doświadczeń, gdyż te, dwa lata temu, ogłoszone zostały drukiem (w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ T. XCI str. 485, a także w „Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie“ T. XXXV, str. 115), natomiast przystępuję wprost do przedstawienia świeżo zdobytych wyników.

Już wyżej zaznaczyłem, że główny spór toczy się o czynność kanalików krętych; na nie więc zwróciłem szczególnie moją uwagę, gdyż sądziłem, że przez zbadanie zmian, zachodzących pod wpływem środków moczopędnych w nabłonkach nerki, możemy osiągnąć ważne zdobycze i — nieomylłem się.

Przedewszystkiem jednak pragnę przedstawić w krótkiem streszczeniu to, co dotychczas było znanem o budowie, względnie wejrzeniu, nabłonków kanalików krętych.

Literatura tego przedmiotu jest bardzo znaczna; nie zamierzam jednak tutaj tracić czasu na roztrząsanie pojedyńczych prac; więc z góry zaznaczam, że wejrzenie kanalików krętych rozmaicie było opisywane. Dlatego też n. p. Disse [5]) odróżnia cztery rodzaje kanalików krętych: jedne z nich mają posiadać szerokie, okrągłe światło i pokryte są nizkim przybłonkiem, którego brzeg wewnętrzny jest uzbrojony szczoteczkowatą obwódką; inne znów mają światło węższe, albo nawet całkiem wązkie i nie posiadają owej obwódki, natomiast komórki ich są więcej odgraniczone. Oprócz tych, opisuje Disse jeszcze takie, w których żadnego światła rozpoznać nie można. Autor ten sądzi również, że tak światło jak i nabłonek owych kanalików ulegają zmianie i że rozmaite wejrzenie komórek powodowane jest rozmaitymi okresami wydzielania jednego i tego samego nabłonka. Oprócz tego zaznacza, że obwódka szczoteczkowata ukazuje się tylko na pustych komórkach. Ostatni, który się tym przedmiotem zajmował, był Sauer [6]); autor ten już nie badał nerki prawidłowej, t. j. wyjętej wprost z ustroju, lecz pobudzał ją do żywszej czynności zapomocą soli kuchennej, lub mocznika i doszedł do przekonania, że nabłonek kanalików krętych podczas wydzielania (pojmowanego w myśl Heidenhaina) zupełnie się nie zmienia, a że szczoteczkowata obwódka na nabłonkach zawsze znajdować się powinna; brak jej zaś uważał za wytwór sztuczny, wywołany płynami ustalającymi. Przekonamy się później, że twierdzenia Sauera są jednostronne, a przeto zupełnie błędne.

Z powyższego krótkiego zestawienia wynika, że dotych-

---

[1]) Odczyt wygłoszony d. 11 czerwca 1897 r. na posiedzeniu sekcyi lwowskiej Tow. lek. galicyjskich.

[2]) W. Bowman. Philos. Transact. I p. 53. 73 fg. 1842.

[3]) C. Ludwig. Mechanismus der Harnsecretion. Marburg. 1843. C. Ludwig. Wagner's Handworterbuch. II, str. 637, 1844. C. Ludwig. Lehrbuch der Physiologie.

[4]) Heidenhain. Mikroskopische Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Nieren. (Arch. für mikroskop. Anatomie, T. X. 1874. str. 1); Heidenhain. Versuche üb. den Vorgana der Harnsecretion Archiv f. d. gesammte Physiologie (T. IX 1874 str. 1); Heidenhain. Physiologie der Absonderungsvorgänge. Handbuch d. Physiologie. Herausgegeben von Hermann (T. V, część 1-sza Lipsk 1880).

[5]) J. Disse. Ueber die Veränderungen der Nierenspithelien bei der Sekretion. Anatomische Hefte 1892 I. Abtheilung. Heft V, str. 143.

[6]) Sauer. Neue Untersuchungen über das Nierenepithel und sein Verhalten bei der Harnabsorderung Archiv f. mikroskop. Anatomie. (Tom 46, 1896, str. 109).

czas panują najrozmaitsze przekonania, tak co do kształtu nabłonków w kanalikach krętych, jak i do występowania obwódki. Pewnikiem jest tylko to, że wspomniana obwódka tworzy prawidłową składową część komórki, a tylko pojawianie się jej lub znikanie jest niejasnem. Również zaznaczam, że dotychczas wszyscy autorowie znajdowali się pod wpływem teoryi Bowman-Heidenhaina i wielu z nich wprost tłómaczyło, że rozmaite wejrzenie nabłonków w kanalikach krętych zależy od ich czynności wydzielniczej.

Podczas mej dawniejszej pracy nad nerką zauważyłem, że kanaliki kręte pod wpływem rozmaitych środków moczopędnych, zmieniają swoje wejrzenie. Jednakowoż wejrzenie to stale było przywiązane do pewnego środka moczopędnego.

Doświadczenia moje uskuteczniałem przeważnie na królikach, gdyż te zwierzęta, dla swojej wrażliwości diuretycznej, szczególnie nadają się do tych badań.

Zwykle zwierzę takie uprzednio chloralizowałem, a następnie, gdy ono pogrążone było w głębokiem uśpieniu, robiłem małe cięcie na brzuchu, wzdłuż smugi białej i wyszukiwałem moczowody, w które wprowadzałem cienkie kaniulki szklane, służące do odprowadzania moczu. Mocz wyciekający był zbierany w małe naczynia szklane i co 10 minut ważony dla oznaczenia skutku diuretycznego.

Gdy spostrzegłem, że diureza, pod wpływem jakiegoś środka moczopędnego, osiągnęła swe *maximum*, wtedy zabijałem królika i nerkę, drobno pokrajaną, wrzucałem do płynu utrwalającego. Najprzód jednakowoż musiałem poszukać odpowiedniego płynu, któryby dobrze i szybko utrwalał szczegóły, głównie obwódkę szczoteczkowatą. Próbowałem najprzód płyny, zalecane przez Forniera[7]), Krusego[8]) i Lorenza[9]); lecz te nie wydały zadawalniających wyników, w każdym razie były lepsze od płynu Müllera, albo od alkoholu; ten ostatni okazał się do tych celów zupełnie niezdatnym[10]). Po tych dosyć długich próbach, najlepsze wyniki dała mnie mięszanina równych części 2% roztworu kwasu osmowego i nasyconego wodnego roztworu sublimatu, z dodatkiem kilku kropel (2—3 na 10 ctm. mięszaniny) kwasu octowego lodowatego. Płyn ten doskonale ustala obwódkę szczoteczkowatą, a zwłaszcza delikatne jej prążkowanie. Natomiast ujemną stroną tej mięszaniny jest to, że preparat, pomimo najstaranniejszego wypłókania, barwi się nie tak łatwo i nie tak pięknie, jak, dajmy na to, po utrwalaniu roztworem sublimatu. Zwykle jednak używałem skrawków niebarwionych, na których tak jądro, jak i całą budowę, bardzo wyraźnie można było rozeznać. Dalsze postępowanie z preparatami było zwykłe: po wypłókaniu wodą, następował alkohol, dalej ksylol, ksylol wraz z parafiną, wreszcie zatopienie w parafinie.

(Dokończenie nastąpi).

7) O. Fornier. Ueber den Bürstenbesatz an Drüsenepithelien, (*Archiv f. mikr. Anatomie*, Tom 27, 1886, str. 442).

8) Walter Kruse. Ein Beitrag zur Histologie der gewundenen Harnkanälchen. (*Virchow's Archiv*, Tom 109, str. 191).

9) Lorenz. Untersuchungen über den Bürstensaum und dessen Bedeutung an normalen und pathologischen Nieren. (*Zeit. für klinische Medizin* Tom XV 1889, str. 400).

10) Płynu utrwalającego podanego przez Sauera (mięszanina: alkoholu, chloroformu i kwasu octowego lodowatego) nie używałem, gdyż moja praca uskutecznioną była wcześniej, aniżeli doświadczenia tego autora. Natomiast używałem także roztworu Altmanna, który obwódki nie utrwala, tylko granule. O wynikach otrzymanych w tym względzie, wspomnę w mej obszerniejszej pracy, która się wkrótce ukaże.

II. O szóstym zmyśle.

Podał

Dr. Józef Zanietowski.

(Według odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu Towarz. lekar. krakowskiego, dnia 30 czerwca 1897 r.

I.

Pragnąc zadośćuczynić niejednokrotnie wyrażanym życzeniom, aby na posiedzeniach Towarzystwa lekarskiego i w prasowym jego organie poruszane były od czasu do czasu sprawy niekoniecznie „akademickie“ i nowe, lecz nawet częściowo znane, a ogółowi lekarzy nie zawsze dostępne, postanowiłem pomówić o interesującym przedmiocie, nad którym świat naukowy pracuje od lat kilkudziesięciu, a który w podręcznikach specyalnych, a tembardziej jeszcze w publikacyach ogólniejszej natury, bywa częstokroć traktowanym bardzo pobieżnie, lub nawet zupełnie pomijanym. Zastrzegam się przytem z góry, że, jeżeli kiedykolwiek miałem zaszczyt przedstawić na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego jakiś nowy przyrząd fizyologiczny, lub podzielić się wynikami własnych spostrzeżeń, to dziś wyłącznie poprzestaję na opisaniu cudzych badań i na zdaniu sprawy z bogatej, a przypadkowo dostępnej mi literatury. Do naukowej pogawędki czuję się zaś o tyle bardziej zobowiązany, że miałem sposobność, podczas mojego pobytu we Wiedniu, naocznie się przypatrzyć ciekawym doświadczeniom, wykonanym w zakładzie fizyologicznym i w Instytucie głuchoniemych, a rzucającym odrębne światło na przedmiot, o którym dziś mówić mamy; chętnie też pośpieszam podzielić się tem, co widziałem lub po części sam, dorywczo, w chwilach wolnych od badań własnych, z ciekawości powtórzyć mogłem, oraz tem, co do mojego rozporządzenia w tym kierunku z cennego bibliotecznego materyału oddanem było.

* * *

Od czasu, kiedy Flourens przed siedemdziesięciu laty wypowiedział zdanie, że niemożliwą jest rzeczą, aby tak zwane pęcherzyki słuchowe raków, wypełnione piaskiem i kamyczkami, mogły służyć do odróżniania dźwięków lub szmerów, zwrócono baczniejszą uwagę na narząd słuchowy zwierząt niższych. Przewodnią myślą Flourensa było twierdzenie, że przyroda nie byłaby użyła narządu tak niezgrabnego i tak grubo ciosanego do subtelnej percepcyi dźwięków; od tego też czasu, idąc w ślad za hipotezami Flourensa, coraz to liczniejsi badacze wypowiadali tu i ówdzie zdanie, że mniemany narząd słuchowy zwierząt niższych do innych zupełnie służy celów.

Doświadczenia, wykonywane na rybach, muchówkach, rakach i żabach, przekonywały bowiem rzeczywiście, że zwierzęta, pozbawione mniemanych narządów słuchowych, traciły bądź w zupełności, bądź częściowo, możność swobodnego wykonywania ruchów i oryentowania się wśród otoczenia. Stąd też narządy te ochrzczono mianem organów oryentacyjnych, lub przypisywano im wpływ jakiś na kierunek ruchu i na położenie ciała, lub wreszcie nazywano je po prostu zmysłem równowagi. Zawiła ta nomenklatura nie zdziwi nikogo, kto sobie zda sprawę z tego, że każdy badacz prawie, który się zajmował rozstrzygnięciem wymienio-

nych zagadnień, z powodu trudności doświadczalnych, w pewnym tylko kierunku wytężał swoje usiłowania i swoją uwagę, a z spostrzeganych zjawisk wysnuwał nazwę, która jego zdaniem najlepiej określała czynności badanego narządu tak, iż w końcu jednemu i temu samemu narządowi dostał się w udziele cały szereg mniej lub więcej uzasadnionych tytułów. Zdanie, dopiero co wypowiedziane, postaram się objaśnić kilkoma przykładami, zaczerpniętymi z obszernej literatury, której na tem miejscu nie mogę i nie chcę roztrząsać wyczerpująco:

I tak Goltz zauważył, że zwierzęta, które w stanie prawidłowym doskonale huśtać się mogą na chwiejącej się desce, po utracie narządu słuchowego, z tej deski spadają, czyli tracą równowagę; (*nicht im Stande sind ihr Gleichgewicht zu behaupten* Arch. f. Phys. 1870) i nazwał wymieniony organ narządem równowagi. Loeb przekonał się, że ryby, w podobnych warunkach, pływają brzuchem do góry i robią takie wrażenie, jakby niezdawały sobie sprawy z położenia, w którem się znajdują (*im Wasser desorientirt sind.* Pflügers Arch. XLIX), stąd też geneza nazwy: zmysłu oryentacyjnego. Delage obracał szybko żaby na jakiejś wirującej płaszczyźnie, przyczem zauważył, że żaby prawidłowe podczas obrotu przechylają się głową i ciałem ku osi obrotu, podczas gdy żaby bez narządu słuchowego tak się zachowują, jak gdyby nie wiedziały zupełnie o tem, że się obracają, coby mogło być dowodem, że brakuje im narządu do oryentowania się o ruchach obrotowych (»perception des mouvements de la rotation« Comptes rendus CIII); stąd też nazwa organu czucia obrotowego. Breuer, wreszcie wysnuł z doświadczeń, w których podrażniał mechanicznie, termicznie lub elektrycznie odpowiedni kanał półkręgowy labiryntu i wywoływał ruch głowy w płaszczyznie kanału, że ruch endolimfy podrażnia zakończenia nerwowe i że przez to zostaje wywołane czucie, które świadczy o położeniu głowy; dlatego też w pracy swej o funkcyach labiryntu podkreśla zdanie, iż ten narząd słuchowy zwierząt niższych a labirynt zwierząt wyższych jest organem sensacyj ruchu (Scheint mir die Frage nahezuliegen, ob denn die grobe Perception des Otholithenstosses und damit die Bewegung des Körpers nicht die erste Leistung dieses Organes ist". (Med. Jahrb. 1874).

Podobnych przykładów mógłbym przytoczyć więcej, lecz poprzestaję tylko na podkreśleniu faktu, iż większą liczbą badaczy kierowały pokrewne poniekąd myśli, jeśli już nie zupełnie identyczne, i że większość uczonych z chęcią się przechylała do zdania, iż mniemany narząd słuchowy nie służy do słuchu, zwłaszcza u tych najniższych zwierząt, u których niema nawet śladu plamki pigmentowej dla odczuwania ważniejszych chyba wrażeń świetlnych. Spór zatem rozegrywał się tylko o to, do czego ten zagadkowy narząd służy, lecz większość przyznawała zgodnie, iż nie jest on organem słuchu. Tylko kilku autorów zajęło stanowisko odrębne, twierdząc, iż w swoich doświadczeniach nie stwierdzili objawów, podanych przez innych badaczy, kilku zaś starało się sformułować teorye odrębne; nazwiska tych nielicznych badaczy, zaopatrzone są znakiem odrębnym w spisie prac, przez co dla ciekawych chciałbym dostarczyć wskazówki, gdzie szukać należy odpowiednich źródeł, dla ogółu zaś łaskawych czytelników zaoszczędzić czasu ominięciem drobnostkowych szczegółów. Nie chcę przez to bynajmniej przechylać sprawy na jedną stronę, lecz ujemne dowody w fizyologii mają to do siebie, iż bardzo łatwo dadzą się streścić; a treścią ich w naszym przypadku byłoby twierdzenie, że mniemany narząd słuchowy nie służy ani do słuchu, ani do tego wszystkiego, co wymienieni liczni badacze mozolną pracą wykryć i udowodnić usiłowali.

II.

Spór naukowy między dwoma obozami, z których jeden się składał z kilkudziesięciu zwolenników teoryi ekwilibrystycznej, a drugi liczył zaledwie paru członków, nie byłby może doszedł do większych rozmiarów i dla praktycznej strony nauki nie byłby nabrał takiej wagi, gdyby badaniom fizyologicznym nie przyszła klinika w pomoc, a doświadczeniom wiwisekcyjnym obserwacye, dokonane na ludziach. Od czasu kiedy Menière w akademii medycznej a Hillaret w Towarzystwie biologicznem przedłożyli wyniki swoich spostrzeżeń, zwrócono jeszcze baczniejszą uwagę na związek, zachodzący między narządem słuchowym, a zboczeniami chorobowemi w zakresie układu mięśniowego i sposobie wykonywania ruchów, przedstawiającemi wielką analogię z objawami, opisanymi przez fizyologów. Punktem ciężkości badań było już nie tyle zoologiczne pytanie, czy pęcherzyki słuchowe zwierząt niższych rzeczywiście służą dla słyszenia, jak raczej ważna kwestya, czy pewne części ludzkiego ucha wewnętrznego nie odpowiadają swoją budową i swem zachowaniem się hipotezie o istnieniu odrębnego jakiegoś zmysłu. Na cóżby bowiem miał służyć rozdział nerwu słuchowego na dwie części? na co specyalne zakończenia w ślimaku, a osobne w labiryncie? na co łukowate zagięcie trzech wązkich kanałów i przebieg tychże w trzech kierunkach przestrzeni? na co istnienie kamyczków w tych aparatach końcowych i to w liczbie zależnej od pewnych warunków lokomocyi? Czy raczej nie należałoby przypuścić, iż labirynt człowieka i zwierząt wyższych służy do innych celów, i według praw rozwojowych odpowiada mniemanym pęcherzykom słuchowym zwierząt niższych, tembardziej, że stany chorobowe, lub brak labiryntu, podobne wywołują cechujące skutki, co zniszczenie pęcherzyków słuchowych? oto pytania, które się nasunęły badaczom z kolei rzeczy na myśl i do rozwiązania których, w miarę możności, zaczęli dążyć drogą doświadczalną i drogą klinicznej obserwacyi. Z całego szeregu doświadczeń i wysnutych z obserwacyi wniosków postaram się tu streścić najważniejsze tylko hipotezy.

Otolitów czyli kamyczków balansujących na włoskach przybłonka, pokrywającego wnętrze labiryntu, a połączonych z zakończeniami nerwowemi, mają ptaki i ryby po 3, ssawce zaś po 2, może dla tego, że poruszają się tylko w dwóch kierunkach przestrzeni. Otolity te przylegają bardzo lekko do włosków „maculae utriculi et sacculi" i łatwo na nich przesuwają się. Działać na nie mogą trzy czynniki, a mianowicie: siła ciążenia, siła odśrodkowa i dośrodkowa, wreszcie zmiany natężenia ruchu czyli przyśpieszenie lub zwolnienie jego. Siłę ciężkości, działającą na otolity, leżące na włoskach pod kątem 30° do poziomu, można rozłożyć na składową siłę, ciągnącą otolit na bok i siłę przyciskającą go do włosków. Jeśli zatem zadziała prócz siły ciężkości jeszcze inna siła, to możemy ją znowu rozłożyć na dwie składowe, z których jedna działa przeciw sile przyciskającej, a druga wzmacnia siłę ciągnącą na bok. Taki przypadek przy prawidłowem poruszaniu się ma tylko wtedy miejsce, gdy jakaś przyczyna pochyli zwierzę, albowiem wtedy otolit z większą chyżością zsuwa się na bok po włoskach, a z mniejszą ciśnie ku dołowi. Fakt ten staje się niejako sygnałem dla zwierzęcia, że go coś przewraca na bok, skutkiem czego skręca się ku prawidłowemu położeniu po-

ziomemu, a właściwie w stronę przeciwną, niż działająca siła. Co się tyczy siły odśrodkowej i dośrodkowej, nadmienić można tyle, iż wedle niektórych hipotez, obrót ciała można poznać po tem, że łuk labiryntu obraca się wraz z nami i z włoskami nabłonkowymi, a ciecz bardzo mało się porusza. Zachodzić tu ma, zdaniem niektórych autorów, podobieństwo z owem doświadczeniem fizycznem, w którem obracamy na tokarni szklane naczynie łukowate, zaopatrzone na wewnętrznej stronie pędzlem; przekonywujemy się przytem, że ciecz się nie obraca w naczyniu znacznie, ale natomiast obraca się ściana naczynia i wetknięty w nią pędzel; to też pędzel ten będzie się odpowiednio do ruchu rozchylał. Jeśli nagle ruch przerwiemy, włoski pędzla lub labiryntu obrócą się w kierunku przeciwnym. Tem możnaby więc tłómaczyć, że ciągłego ruchu obrotowego, n. p. w tańcu, nie odczuwamy, jako zawrót głowy, lecz zdajemy sobie sprawę z początku i z końca ruchu; gdy zaś nagle staniemy, dostajemy zawrotu, albowiem włoski przechylą się w przeciwną stronę i zdaje nam się, że padamy w stronę przeciwną. Wedle niektórych autorów wreszcie i trzeci czynnik oddziaływać może na sygnały otolitowe, a każde przyśpieszenie lub zwolnienie ruchu otolitu, opadającego wprzód lub tył na włosku, każe nam wnioskować o ruchu postępowym lub wstecznym i o zmianach natężenia tego ruchu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Trzecia serya orzeczeń sądowo-lekarskich Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiel.

Zestawił

Prof. Dr. Leon Wachholz.

III. Uduszenie gwałtowne czy utopienie? Morderstwo, samobójstwo czy wypadek?

(Ciąg dalszy).

Prokuratorya Państwa w P., niezadowolona takim wynikiem oględzin, zażądała od tych samych znawców dodatkowych wyjaśnień, oraz zaznaczyła słowami „bez znaczenia“ wstęp do protokółu oględzin, obejmujący uwagę znawców, dotyczącą niewłaściwego zdjęcia łańcucha i chustki z szyi i głowy denatki, przed przybyciem Komisyi. Wątpliwości, których wyjaśnienia zażądała Prokuratorya Państwa dają się objąć pytaniami:

1) Co było przyczyną śmierci denatki, gdyż pojęcie „uduszenie“ wyjaśnia tylko sposób zadania śmierci, albowiem człowiek uduszony nie umiera z uduszenia, tylko z jego skutków, a skutki te stanowią dopiero przyczynę śmierci.

2) Ostateczną przyczyną śmierci zadanej uduszeniem bywa obrzęk płuc; gdyby zatem denatka była przed wrzuceniem jej do wody duszoną, musiałaby okazywać obrzęk płuc; czy zatem, wobec braku obrzęku płuc, zdaniem znawców, była mimo to denatka uduszoną?

3) Zabarwienie płuc ludzkich bywa różowe, a nie łupkowo-sine; czy zatem płuca denatki były w istocie łupkowo-sine, a w takim razie czy to niezwykłe zabarwienie płuc nie dowodzi nasiąknięcia płuc wodą, w której zwłoki denatki znaleziono?

4) Dlaczego pominięto opis bliższy nawodnienia płuc i czy brak wody w drogach oddechowych nie daje się wytłómaczyć wypłynięciem jej przy wydobyciu zwłok z wody?

5) Czy uwięzgnięcie języka między zębami nie daje wyjaśnień co do rodzaju śmierci denatki?

6) Zwłoki uduszonego, rzucone do wody, powinny pływać po powierzchni; czem sobie tedy należy wytłómaczyć, że zwłoki denatki znajdowały się w głębi wody, a dopiero po kilku dniach wypłynęły na jej powierzchnię?

7) Czy i w jaki sposób dałaby się denatka mordercy zanieść nad brzeg wody?

Na powyższe pytania odpowiedzieli znawcy w dłuższym wywodzie:

„Zanim udzielimy szczegółowych wyjaśnień, a raczej informacyi na poszczególne punkty, pozwolimy sobie zauważyć, iż klauzula z uwagą „bez znaczenia“, zrobiona na wstępie protokółu oględzin, przy opisie, dotyczącym zdjęcia łańcuchów z szyi denatki, jest stanowczo bezpodstawną. Jest bowiem rzeczą konieczną i zawsze praktykowaną, iż w razie podejrzenia o czyn zbrodniczy, a więc zabójstwa lub morderstwa, nie powinno się trupa ruszać z miejsca, w którem go znaleziono, a tem bardziej niewolno zdejmować odzieży lub nawet, co najważniejsze, zdejmować z szyi jego lub kończyn sznury, łańcuchy, lub tym podobne przedmioty, mogące mieć ścisły związek ze sposobem jego mordowania, a więc ostateczną przyczyną śmierci. Nie jest zatem „bez znaczenia“, czy pętla sznura lub łańcucha, okalającego szyję denata, przebiega do okoła szyi w kierunku zupełnie poziomym, lub też przebiega skośnie, wznosząc się poza uszyma ku górze i gubiąc się w okolicy karku. Bruzda bowiem, co do swej jakości i kierunku przebiegu, jest niekiedy jedyną podstawą do ocenienia przez rzeczoznawców, czy w danym przypadku było powieszenie samobójcze, czy też uduszenie ręką zbrodniczą. Pozdejmowanie przeto łańcuchów z szyi denatki nie było dla nas „bez znaczenia“, lecz stanowiło ważny brak w załatwieniu ścisłej ekspertyzy, i z tego to powodu, uwidocznionem to zostało na samym wstępie protokółu oględzin.

Odpowiadając obecnie na poszczególne punkta protokółu, zaatakowane wnioskiem świetnej c. k. Prokuratoryi Państwa, podajemy:

ad 1: Pojmując obowiązki znawców sądowych, co do należytego określenia w orzeczeniu lekarskiem przyczyny i rodzaju śmierci denata, podaliśmy, „że denatka zmarła śmiercią gwałtowną, a to wskutek uduszenia“. Orzeczenie takie zgadza się najzupełniej z pojęciem lekarskiem i definiuje zupełnie jasno, w jaki sposób denatka zginęła; nie można bowiem w protokole lekarskim, mającym być zrozumiałym tak dla lekarzy jak i nielekarzy, podawać. jako przyczynę śmierci, zmiany anatomiczne, tym rodzajem śmierci wywołane, zatem podać w protokóle: że denatka zmarła na płynność i ciemne zabarwienie krwi w prawej komórce sercowej i na różne, bądź stałe bądź niestałe przekrwienie mózgu; taka definicya bowiem byłaby, zdaniem naszem, całkiem niezrozumiałą. Dla wyjaśnienia Świetnej Prokuratoryi Państwa pozwalamy sobie dodać, że uduszenie nie jest środkiem, ani też przyczyną, lecz wynikiem duszenia, a zmiany znalezione na trupie przy tego rodzaju śmierci, obejmuje definicya, „zmarł lub zmarła wskutek uduszenia“, a medycyna sądowa, o ile nam wiadomo, niema innego wyrażenia.

Z uwagi zaś, iż trupa znaleziono w stanie bardzo znacznej zgnilizny, wskutek której mózg był prawie płynnym, podobnym do papki zielonawej, nie było przeto w mocy znawców wyśledzenie tam zmian anatomiczno-patologicznych, potrzebnych tak lekarzowi jak i laikowi do całości obrazu śmierci z uduszenia; niemożliwem zaś jest, aby, celem uzupełnienia idealnej całości anatomicznego obrazu, rzeczoznawca komponował rzeczy, których na trupie, osobliwie całkowicie zgniłym, znaleźć nie był w stanie.

ad 2: Uwaga we wniosku Świetnej Prokuratoryi Państwa, jakoby w razie poprzedniego duszenia denatki, zanim ją wrzucono do wody, musiał być ostateczną przyczyną śmierci obrzęk płuc, jest zupełnie błędną, gdyż obrzęk płuc nie jest koniecznym i stałym objawem stwierdzonym przy śmierci gwałtownej z uduszenia i bywa znajdowanym właśnie tylko w tych wypadkach, w których konanie trwało przez czas dłuższy, a zatem miąższ płuc i pęcherzyki płucne, nasiąkając powoli surowicą krwi, przesiąknięta z naczyń krwionośnych, miały czas przybrać objawy, objęte pojęciem obrzęku płuc. Dlatego też brak soczystości i obrzęku płuc wcale nie przemawia przeciw śmierci z uduszenia, lecz przeciwnie stwierdza stanowczo obok innych znalezionych zmian nasze pierwotne orzeczenie, że śmierć nastąpiła wyłącznie z uduszenia, a nie z utopienia.

Ad 3: Wyjaśniając niezrozumiały tylko dla laika objaw, iż płuca były barwy łupkowo-sinej, a zatem musiały być nasiąkłe wodą, w przeciwnym razie powinny były mieć barwę różową, odpowiadamy, iż stanowczo miały barwę łupkową i wcale nie były przesiąkłe, lub napełnione wodą; przyczem dodajemy, iż barwy różowej płuc w zwłokach osoby dorosłej, a tem bardziej wiekowej, o ile nam wiadomo, dotąd nigdzie nie obserwowano. Barwę taką posiadają tylko płuca noworodków, lub conajwyżej płuca dzieci w pierwszych latach życia. Barwa płuc ludzi wiekowych jest zawsze łupkowo siną, a czasem nawet prawie czarną; wskutek obficie nagromadzonego barwika i stanowi niejako charakterystykę anatomiczną płuc osób wiekowych.

Ad 4: Na punkt, iż znawcy nawodnienia bliżej nie opisali, dajemy to wyjaśnienie, iż nie podobna podawać nawodnienia płuc tam, gdzie go całkiem nie znaleziono, co również zaznaczono w pierwszym protokóle. Twierdzenie, jakoby woda, wrzekomo zapełniająca płuca denatki, wypłynęła z nich w czasie wyjmowania zwłok z wody, jest zupełnie błędne i nigdy się nie zdarza. Przy utonięciu bowiem za życia płuca oraz drogi oddechowe i żołądek wypełnione płynem pogrążnym, nigdy się z takowego nie opróżniają całkowicie, a płyn ten znachodzi się zawsze w tych narządach przy sekcyi.

Ad. 5: Uwięzgnięcie języka pomiędzy zębami przemawia wyłącznie za śmiercią z uduszenia, zwłaszcza zaś z powieszenia, a nigdy za śmiercią z utonięcia.

Ad. 6: Trup dlatego wypłynął po 6-ciu dniach na wierzch, ponieważ najprawdopodobniej wypadł kamień z pętli łańcucha, a wówczas gazy gnilne uniosły trupa na wierzch, mimo ciężkich łańcuchów; gdyby kamień nie był wypadł, trup pozostałby do dziś dnia w głębi stawu. A nadto zdaje nam się, że jedynie dlatego użyto łańcucha, a nie sznura, aby utrzymać trupa w głębi dłużej, w tem przekonaniu, iż sznur uległby łatwo przegniciu, poczem trup musiałby wypłynąć. Tak trup utopionego, jak i poprzód uduszonego, tonie, potem, wskutek gnicia, wypływa.

Ad 7: Czy i w jaki sposób dałaby się denatka zanieść nad brzeg wody i tam walczyła z mordercą, może rozstrzygnąć śledztwo. Protokół zaś jasno określa brak obrażeń.

W końcu pozwalamy sobie oświadczyć, że wynik sekcyi na trupie tak zgniłym, był aż nadto zadowalniającym i pozwolił nam, mimo braku zmian anatomicznych w mózgu, wysnuć jasny wniosek co do przyczyny śmierci denatki i zdefiniować orzeczenie, które, zdaniem naszem, mogło o tyle, o ile w takich okolicznościach możliwe, zadowolnić wymogi tak sędziego śledczego, jak i Świetnej Prokuratoryi Państwa.

Mimo końcowej apostrofy znawców nie zadowolniła się Prokuratorya Państwa w P. powyższą odpowiedzią pp. znawców, lecz poleciła sądowi zwrócić się, przy załączeniu aktów, do Wydziału lekarskiego z prośbą o wydanie w powyższej sprawie stanowczego orzeczenia. Orzeczenie Wydziału lekarskiego opiewało:

1) Sekcya sądowa zwłok Ewy S. stwierdziła na nich daleko posunięty rozkład gnilny, w obec którego to stanu staje się niemożliwem stanowcze i ścisłe określenie przyczyny śmierci denatki.

2. Sekcya zwłok Ewy S. nie dostarczyła żadnych dowodów, któreby przemawiały za śmiercią gwałtowną z mechanicznego uduszenia, zadaną denatce ręką drugiej osoby. Natomiast tak wynik Sekcyi, jak i okoliczność, iż zwłoki Ewy S. znaleziono w wodzie, nie wykluczają możliwości, iż Ewa S. zmarła wskutek utonięcia, owszem czynią tę możliwość wielce, a nawet jedynie prawdopodobną.

3) Ze stanowiska sądowo-lekarskiego nie znajduje Wydział lekarski podstawy do twierdzenia, iż Ewę S. przyprawiła o śmierć w wodzie druga osoba. Obecność znalezionego na szyi denatki ciężkiego łańcucha wyklucza prawdopodobieństwo przypadkowego utonięcia, a natomiast przemawia ona raczej za samobójstwem. Doświadczenie bowiem sądowo-lekarskie poucza, że samobójcy, szukający śmierci w wodzie, obciążają chętnie swe ciało ciężarami, aby tem skuteczniej i prędzej osiągnąć pożądany kres życia.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Wyciągi.

Dr. Radwansky: **Całkowite wypadnięcie macicy u noworodka**. *(Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 2, 1898). Najczęściej u noworodków z wadami rozwojowymi, jako to wodogłowiem lub tarnią dwudzielną, spostrzegano równocześnie wypadnięcie macicy. Przypadek opisany przez R. wyróżnia się tem, że dziecko było zupełnie prawidłowo rozwinięte, a wypadnięcie macicy było tak znacznego stopnia, że przy napieraniu dno macicy występowało przed szparę sromową. Macica nie dawała się trwale odprowadzić, a po odprowadzeniu napowrót wypadała. R. stósował w opisanym przypadku zmywania wodą borową i maść borową. W przeciągu dwóch tygodni macica cofnęła się dobrowolnie tak, iż w szparze sromowej już tylko ujście jej zewnętrzne było widoczne. *Piotrowski.*

Dr. J. Bayer: **O mleczkowatych (chylosus) wylewach do jamy brzusznej i opłucnowej.** *(Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Medicin. u. d. Chirurgie* Tom II. str. 67 i n.)

Do oddziału chirurgicznego Prof. Bardenheuera zgłosił się 19-letni młodzieniec, u którego, oprócz objawów nieżytowych w szczycie płuca lewego, istniały objawy wolnego płynu w jamie opłucnowej prawej i w jamie brzusznej. Rozpoznano gruźlicze zapalenie opłucnej i otrzewnej. Z powodu duszności nakłóto obie jamy i wypuszczono płyn biały, bezwonny, opalizujący. Badanie chemiczne wykazało:

substancyi suchej . . .	8,47
tłuszczu	2,91
sernika i białka . . .	4,84
cukru	0,30
popiołu	0,14
wody	83,34

Pod drobnowidem dostrzeżono dokładnie zemulgowane, drobniutkie kuleczki tłuszczu, wykonujące ruch drobinowy, a w każdem polu widzenia około 10 białych i tyleż czerwonych ciałek krwi.

Na podstawie tego badania rozpoznać musiano t. z. „hydrops chylosus“ w odróżnieniu od „hydrops adiposus“. Różnica ważna pod każdym względem. Gdy bowiem *h. chylosus* jest cierpieniem samodzielnem, to *h. adiposus*, jest tylko objawem innych cierpień. A dziś posiadamy już cały szereg cech pozwalających odróżnić jedno cierpienie od drugiego. Drobnowidowo oba płyny tem się różnią od siebie, że w *h. chylosus* kuleczki tłuszczu są bardzo drobniutkie i jednakowej wielkości, w *h. adiposus* kuleczki owe bywają większe i niejednostajne. Od czasu jednak badań Muncka i Rosensteina wiara w tę różnicę została zachwiana.

Pewniejszy już wynik daje badanie chemiczne. Ta sama ilość tłuszczu w płynie mleczkowatym, uzyskanym przez krótko po sobie następujące nakłócia, przemawia za *h. chylosus*. Gdyż trudno przypuścić, aby ilość tłuszczu w jednakowej była ilości w *h. adiposus*, który zawdzięcza swe powstanie, tłuszczowemu zwyrodnieniu tworów patologicznych na wspomnianych błonach surowiczych. Kto jeszcze pewniejszym chce być swego rozpoznania, może uciec się do próby karmienia chorych niezwykłymi tłuszczami, bo napowrót wykazać je można tylko w płynie *hydrops chylosus*. Wreszcie w ostatnich czasach zwrócił Senator uwagę na obecność cukru w *h. chylosus*. Ten szczegół rozpoznawczy wchodzi w rachubę, jeżeli ilość cukru przekracza 0.2%.

Pomijając *h. adiposus*, co do etyologii *h. chylosus*, przyjąć należy obecnie dwa głównie czynniki: 1) uszkodzenie ścian większego naczynia chłonnego, n. p, przewodu piersiowego; 2) zastój w odpływie limfy, spowodowany czy to uciskiem z zewnątrz, czy też skutkiem zatkania światła naczynia skutkiem jakiejkolwiekbądź sprawy patologicznej, toczącej się w samych ściankach naczynia. Do tej gromady należy również upośledzony odpływ skutkiem obliteracyi żyły podobojczykowej i zaczopowanie przez pasorzyta podzwrotnikowego „filaria sanguinis“.

Autor rozpoznał u swego pacyenta ucisk od zewnątrz przez gruzliczo powiększone gruczoły chłonne oskrzelowe. Ponieważ chory po kilkakrotnem nakłóciu *ex indicatione vitali* i wśród używania jodu wyzdrowiał zupełnie, stwierdzić rozpoznania nie było można. *Herman.*

Dr. Pollmann: **Przypadek białaczki u noworodka.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 2, 1898). Autor opisuje przypadek białaczki, o którym sądzi, że choroba rozpoczęła się jeszcze w czasie życia płodowego, po urodzeniu zaś cierpienie przybrało charakter ostry i, w przeciągu 19 dni, spowodowało zejście śmiertelne. Podczas badania, przedsięwziętego dwa tygodnie po urodzeniu dziecka, stwierdzono na skroniach i podudziach obecność wynaczynionek, skóra była blada, nieco żółtawa, wiotka i pomarszczona, wargi ust sinawe. Wątroba powiększona, brzegiem dolnym sięgała do grzebienia kości biodrowej, śledziona również powiększona, ciepłota 38·8. Badanie drobnowidowe krwi wykazało powiększenie liczby ciałek białych, które po większej części były jednojądrzaste. Na podstawie powyższych objawów rozpoznano białaczkę obok podejrzenia drożności przewodu Botalla. Po czterech dniach nastąpiło zejście śmiertelne wśród gorączki 41·5 Cel. Sekcya wykazała, obok powiększenia wątroby i śledziony, powiększenie gruczołów pachwinowych i krezkowych, roztrzeń serca, naloty na zastawkach, przewód tętniczy Botalla i otwór jajowaty (foramen ovale) nie zamknięte. Badanie drobnowidowe wątroby wykazało w komórkach wątrobowych obfite złogi barwika, obok wielkiej ilości leukocytów w przewodach włosowatych, w śledzionie zupełny zanik ciałek Malpighiego.

Piotrowski.

J. A. Murray: **Podwiązanie żyły grzbietnej prącia przy czynnościowej niezdolności męzkiej (impotencyi).** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 50, 1897). Z okazyi 48-go zebrania amerykańskiego Towarzystwa lekarskiego (Philadelphia 1—4 Czerwca 1897), podał J. A. Murray, że w tytule wyrażony zabieg, wykonywał on już 5 razy, a z tych 4 razy z dobrym skutkiem, nie przypisując jednak sobie pierwszeństwa pomysłu tej operacyi. Opierał się on na zdaniu Dra Bartholewa w „Materia Medica“, gdzie ten badacz powiada, że niedostateczne wzwody i niezdolność do spółkowania, często mają swoją przyczynę w rozszerzeniu żyły grzbietnej prącia i następowem wskutek tego szybkiem wypróżnianiu się napęczniałej tkanki jamistej. Według własnego doświadczenia autora może ta operacya mieć skutek trwały u osób silnych z prawidłowem rozwinięciem narządu płciowego; gdy jednakże tych warunków niema, n. p. u neurasteników z małemi, wiotkiemi częściami rodnemi i zmniejszonym popędem płciowym, operacya ta nie posiada żadnych widoków powodzenia, a więc jest przeciwwskazana. Z opisanych przypadków chorobowych wynika, że bezpośrednio po podwiązaniu żyły występował silny wzwód prącia, tak, że koniecznem okazało się stosowanie okładów lodowych i używanie leków kojących; mimo to jednak wzwód trwał w jednym przypadku przez 3 dni i 3 noce.

Mała rana po nacięciu goiła się zawsze bez żadnego odczynu po kilku dniach, a wynik w czterech przypadkach był taki, że wpierw niemożliwe spółkowanie odbywało się po operacyi w sposób prawidłowy. Najstarszy z operowanych miał lat 63, przed rokiem ożenił się z 22 letnią osobą, nigdy jednak nie mógł spółkować; od czasu zaś operacyi, wykonanej przed trzema laty, nie doświadcza żadnej do tego aktu przeszkody, a żona jego już raz rodziła. Jeden niepomyślny przypadek operacyi dotyczy mężczyzny, który długi czas oddawał się samogwałtowi, a obok tego miewał pomazania nocne, nigdy przytem nie odczuwał popędu płciowego. Według podania Murraya był on anemicznym neurastenikiem, posiadał narząd płciowy mały i wiotki, a przytem okazywał zwężenie cewki moczowej. Zatem, według autora, wskazanie do operacyi stanowią przypadki z rozszerzeniem żyły prąciowej górnej, a na dobre wyniki liczyć można, jeśli jest odpowiednie rozwinięcie narządu płciowego i silna budowa osobnika. *Dr. E. C.*

Schaffer: **Przyczynek do badania toksyn gonokoków.** (*Fortschr. d. Med.* 1897. 21). Po wstrzyknięciu wyciągu hodowli gonokoków do cewki, otrzymał autor trzy razy nieżyt cewki, a objaw ten uważa za wiele znaczący ze względu na pytanie, jaki wpływ na przebieg rzeżączki ma wzmożenie zapalenia. Jedni autorowie sądzą, że leczenie przeciwzapalne (niezależnie od działania przeciw drobnoustrojom) jest stósownem, inni jak Finger twierdzą, że w pewnych szczególnie przypadkach wzmożenie zapalenia jest korzystnem. Jeżeli więc to ostatnie zapatrywanie jest słusznem, to w takim razie, wedle zdania autora, toksyny mogłyby być dla nas środkiem, który na drodze naturalnej znosiłby częsty niestosunek słabego oddziaływania błony śluzowej do siły zakażenia drobnoustrojami. Jako dalszą podstawę do swego twierdzenia przytacza autor znaną okoliczność, stwierdzoną doświadczeniem, że świeżo nabyta rzeżączka wywiera pomyślny wpływ na przebieg istniejącej rzeżączki przewlekłej. *F. K.*

Dr. Richard Hippel: **O budowie i istocie żabki (ranula).** (*Archiv Langenbecka* T. 55. zesz I i IV). Na

podstawie siedmiu przypadków żabki, zbadanych dokładnie pod względem histologicznym, dochodzi autor do wniosków rzucających światło nie tylko na powstawanie tego nowotworu, ale i ważnych pod względem leczniczym. Teorya jego jest bardzo zbliżona do zapatrywań francuskiego autora, p. Suzanne. Podczas gdy ten ostatni za pierwotną przyczynę, wywołującą powstawanie żabki, uważa bujanie tkanki łącznej międzypęcherzykowej gruczołu podjęzykowego, skutkiem czego pojedyncze pęcherzyki gruczołu odsznurowane wyrodnieją śluzakowo, a zlewając się ze sobą tworzą torbiel ciągle się zwiększający, to autor na całym szeregu preparatów przekonał się, że skutkiem owego bujania tkanki łącznej ulegają odsznurowaniu i torbielowemu rozdęciu nie zraziki gruczołu ale ich przewody, a w odpowiednich zrazikach gruczołowych, tak jak w każdym gruczole po podwiązaniu jego przewodu, występują tylko zmiany wsteczne. Wzrost zaś dalszych torbieli, odbywa się częścią skutkiem zlewania się ich ze sobą, częścią skutkiem proliferacyi i zwyrodnienia śluzowego wyścielających je przybłonków, wskutek czego treść żabki, zrazu będąca śliną, zmienia się na ciecz śluzową; wreszcie dzięki licznym naczyniom, przebiegającym w ścianach żabki, które częścią przez przepacanie surowicy, częścią przez wynaczynienia przyczyniają się do wzrostu tych torbieli. Ponieważ bujanie to tkanki łącznej odbywa się nierównomiernie w całym gruczole, przeto, aby zapobiedz nawrotowi nowotworu, nie należy się ograniczyć na usunięciu samego tylko torbiela, ale trzeba usunąć i całą śliniankę. Ze względów technicznych autor radzi operować nie ze strony jamy ustnej, ale od zewnątrz, torując sobie przystęp do torbiela i gruczołu podjęzykowego wgłąb, wzdłuż cięcia równoległego do dolnego brzegu żuchwy, a sięgającego od podbródka na jakie 5—6 ctm. ku tyłowi. *A. G.*

A. Hoche. **Zmiany, występujące w rdzeniu pacierzowym, wskutek ucisku mózgowego.** (*Deutsch. Zeitsch. f. Nervhk.* T. 11. Z. 6). W ostatnich latach stwierdzono możliwość bezpośrednich zmian w rdzeniu pacierzowym, występujących w następstwie zwiększonego ucisku śródczaszkowego. Że zmiany takie mogą powstawać drogą czysto mechaniczną, dowodzi zwyrodnienie nerwu wzrokowego, któremu ulega na przejściu przez blaszkę sitowatą przy tarczy zastoinowej. Korzenie tylne, spotykając w kanale pacierzowym podobne warunki zwiększonego parcia, mogłyby tak samo wyrodnieć wskutek samego ucisku. Podejrzenie to potwierdzać się zdają przypadki zwyrodnienia korzeni tylnych, któremu podlegają właśnie na granicy przejścia ich przez oponę miękką, — w miejscu wcięć fizyologicznych, — gdzie włókna pojedyncze nie posiadają osłonek Schwanna. Zwyrodnienie to, mniej lub więcej wybitne, tak w przypadkach zestawionych przez Picka, jak i w 3 przypadkach guzów śródczaszkowych, spostrzeganych przez samego autora, trzymało się wyraźnie granicy wyżej wspomnianych wcięć, skąd, o ile badania histologiczne stwierdzić pozwalają, przechodzić się zdaje na sznury tylne.

Gdy we wszystkich tych przypadkach istniało podwyższenie ucisku śródczaszkowego (tarcza zastoinowa), a związku żadnego między usadowieniem guzów, jego charakterem, wiekiem chorych, a umiejscowieniem zmian w rdzeniu (co do wysokości), wykazać się nie dało, tem bardziej myśl zwrócona być musi w kierunku zwiększonego parcia w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Ostrożność w wypowiedzeniu stanowczego zdania nakazują fakta, że właśnie te wcięcia fizyologiczne korzeni tylnych, przy sprawach zwyrodnień, przy których wszelkie miejscowe i mechaniczne wpływy muszą być wykluczone, mogą stanowić granicę, której sprawa zwyrodnienia, ku rdzeniowi postępująca, nie przekracza. Nieliczne dotychczasowe spostrzeżenia kliniczne, — po zwróceniu w tym kierunku uwagi, — niezawodnie się pomnożą; pewnem jednak jest to, że wiele najlżejszych zmian w rdzeniu może przebiegać bez jakichkolwiek objawów — naodwrót zaś, obraz kliniczny guza czaszkowego, może być zakryty objawami rdzeniowymi. *Kwiatkowski.*

N. R. Finsen: **Leczenie liszaja zrącego zogniskowanymi promieniami chemicznymi.** (*La sem. méd.* 1897, 59.) Przytoczywszy literaturę o działaniu światła na zmiany skórne i drobnoustroje, przystępuje autor do opisu sposobu używania przez siebie promieni świetlnych. Promienie cieplne t. j. ultra-czerwone aż do żółtych, zogniskowane, wywołują przy dłuższem działaniu spalenie skóry, dlatego też, chcąc zastosować światło w celach leczniczych, trzeba je z działania wykluczyć; autor czyni to w ten sposób, że przepuszcza światło przez wodę zabarwioną na niebiesko (błękit metyl. lub siarkan miedz.) Najlepszem ogniskiem świetlnem jest słońce, w braku zaś tego, elektryczne światło łukowe. Dla zogniskowania promieni słonecznych, w celu działania leczniczego na skórę, należy użyć soczewki płasko-wklęsłej, napełnionej amoniak. rozcz. siarkanu miedz. Dla zogniskowania zaś promieni elektrycznych używa F. osobno do tego zbudowanego przyrządu. Dwie soczewki wypukło-płaskie skupiają promienie, które przechodzą przez przestrzeń wypełnioną wodą przekroploną, zamkniętą takiemi jak powyższe soczewkami; dwa te systemy soczewek dadzą się zbliżać lub oddalać. Między niemi zaś a przedmiotem oświecanym stoi jeszcze naczynie z płynem na niebiesko zabarwionym.

Doświadczenia w ten sposób dokonane wykazały, że zogniskowane światło słoneczne działa na drobnoustroje z 15 razy większą szybkością, niż promienie wprost na hodowle skierowane; a promienie elektryczne jeszcze silniej.

Tkanki żywe przepuszczają światło; chociaż tlen jest potrzebnym przy działaniu światła na drobnoustroje, a krew zawiera go najwięcej, to jednak przekrwienie sztuczne wcale nie zwiększa wpływu światła, gdyż doświadczenia wykazują, że obecność krwi w tkankach przeszkadza przechodzeniu promieni chemicznych. Dlatego też F. wywołuje sztucznie niedokrewność tkanek przed poddaniem ich działaniu promieni, do czego używa ucisku szklanych płytek płaskich lub kulistych, przymocowanych zapomocą opasek elastycznych.

W ten sposób uciśnięta skórę, nawiedzoną przez liszaja żrącego, wystawiał F. w ciągu kilku miesięcy, zapomocą swego przyrządu, na działanie promieni łukowej lampy elektrycznej, przez 2 godziny dziennie. Światło w ten sposób przepuszczone wywołuje na skórze rumień (erythema), a nawet wyprysk pęcherzykowy; wkrótce czerwoność tkanek ustępuje, guzki liszajowe zapadają się, owrzodzenia goją, tak, że zmiany przybierają coraz więcej wejrzenie prawidłowej skóry, lub przeobrażają się w blizny gładkie, blade. Autor leczył tym sposobem kilka przypadków liszaja żrącego z dobrym skutkiem: dwa z nich przedstawił na fotografiach przed i po leczeniu, a wynik, osiągnięty w tych przypadkach zachęca do prób dalszych. *F. K.*

Fraenkel: **Obecny stan nauki o rozpoznawaniu bakteryologicznem błonicy.** (*Münch. M. Woch.* Nr. 2, 1898). Wszyscy klinicyści uznają dziś potrzebę i wartość badania bakteryologicznego przy rozpoznawaniu błonicy; wprawdzie bywają przypadki tak typowe, że już samo badanie kliniczne wystarcza, aby z wszelką pewnością błonicę rozpoznać, lub ją wykluczyć; przydarzają się jednak postacie, w których ostateczne rozstrzygnięcie możliwe jest tylko zapomocą hodowli.

W rozróżnianiu prątków błoniczych niemniej postąpiliśmy znacznie w ostatnich czasach i w większości przypadków możemy zapomocą hodowli w ciągu kilkunastu godzin dać stanowczą odpowiedź. Największą trudność stanowi jeszcze dziś odróżnienie prątka wrzekomobłoniczego. Wszystkie dotychczasowe sposoby odróżnienia tak z cech morfologicznych, jak i z własności biologicznych, nie zawsze są pewne; jedynie oznaczenie kwasoty bulionu, w którym rozwija się badana hodowla, może dać pewne wyniki.

Ostatnimi czasy podał M. Neisser sposób odróżnienia prątków prawdziwych błoniczych od wrzekomo błoniczych, na podstawie pewnych własności barwienia się. A mianowicie, zabarwione kwaśnym błękitem metylowym, a podbarwione farbą, znaną pod nazwą „Bismarkbraun“, 20-godzinne,

przy 35° C. hodowane prątki błonicze, okazują zabarwienie niebieskawe biegunów pręcika wobec reszty prątka brunatno zabarwionego. Prątki wrzekomobłonicze tego odczynu nie dają.

Fraenkel potwierdza badaniami swemi sposób Neissera i wyraża przekonanie, że sposób ten, wobec łatwości i szybkości, z jaką da się wykonać, znajdzie szerokie zastósowanie i ułatwi rozpoznawanie błonicy. *Dr. R.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 9 Lutego 1898 roku.

Przewodniczący kol. Prof. Dr. Jakubowski. — Członków obecnych 38.

I) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Przewodniczący poświęca gorące wspomnienie zmarłemu członkowi Towarzystwa, ś. p. Stanisławowi Paszkowskiemu, którego pamięć uczcili obecni przez powstanie.

Kol. Przewodniczący zawiadamia o odezwie c. k. Namiestnictwa, zapraszającej Towarzystwo do wzięcia udziału przez delegatów lub uczestników w Zjeździe dla higieny i demografii, mającym się odbyć między 10-tym a 17-tym kwietnia b. r. w Madrycie. Delegatem wybrano kol. Bujwida.

Na członków czynnych Towarzystwa wybrano jednogłośnie Dra Władysława Maleszewskiego i Dra Kaźmierza Panka; a jako członka korespondenta — Dra Włodzimierza Sieminowicza z Chicago.

II) Kol. Kędzior przedstawił z kliniki chorób wewnętrznych prof. Dra Korczyńskiego:

1) chorą, lat 23 liczącą z gruźlicą płuc, przedstawioną na posiedzeniu Towarzystwa w d. 30 czerwca 1897, u której w miesiącach maju, czerwcu i lipcu r. z. stósowano nową tuberkulinę Kocha *TR*, postępując od 1/500 mg. aż do najwyższej dawki, t. j. 20 mg. substancyi stałej. Przy dawkach większych pojawiły się w plwocinach prątki gruźlicze, których poprzednio nie było. Chorej przybywało na wadze, dreszcze i poty w początkach stósowania leku ustąpiły tak, że wyniki zachęcały do przeprowadzenia całego leczenia. Ogólny odczyn chorej na lek był mały, ciepłota nie wznosiła się po nad 38° C., a tylko po najwyższych dawkach występowało uczucie ogólnego znużenia, bóle głowy, nudności, które mijały po upływie 12—14 godzin; miejscowo zaś w płucach po każdem wstrzyknięciu ilość rzężeń się zwiększała. Po porodzie, odbytym w listopadzie roku zeszłego, stan chorej się pogorszył. Obecnie występują codzień dreszcze, gorączka dochodzi do 38·8° C., plwociny w skąpej ilości zawierają bardzo liczne prątki Kocha; zmiany w płucach, ograniczające się poprzednio do szczytu lewego, zajmują obecnie płuco lewe do pół łopatki, z przodu do 3-go żebra i szczyt prawy.

Tuberkulina więc w tym przypadku korzystnego wpływu na przebieg choroby nie wywarła; o ile zaś zaszkodzić mogła, trudno stanowczo powiedzieć, wiedząc, że i sam poród niekorzystnie wpływa na przebieg gruźlicy.

2) *Atrophia musc. progress. spinalis.* U chorej B. N., lat 18 liczącej, po przemrożeniu, przed trzema laty, wystąpiły typowe objawy zaniku mięśni kończyny górnej prawej, a w ostatnim czasie zanik zaczyna zajmować i kończynę lewą. Rozpoczął się zanik od mięśni międzykostnych i brzusców dłoniowych kciuka i paluszka ręki prawej, zajął następnie mięśnie przedramienia, ramienia i barku. W zakresie niektórych mięśni, mianowicie mięśni krótkich kciuka prawego i lewego, jakoteż paluszka prawego, można już wykazać reakcyę zwyrodnienia. Zajęte mięśnie są zbitości wiotkiej, okazują drgania włókienkowe, zmniejszoną pobudliwość mechaniczną i elektryczną, odruchy ścięgniste zniesione. Zmian w czuciu ani zmian wydzielniczych nie ma żadnych, a pnie nerwowe przy ucisku nie są boleśne. Momentami godnymi podniesienia w tym przypadku, są: powstanie choroby skutkiem przemrożenia i powolny jej przebieg.

3) *Sclerosis cerebro spinalis disseminata post trauma cum sympt. bulbariis.* Chory, liczący lat 24, a wyglądający jak 14-letnie dziecko, okazujący ślady przebytej krzywicy, został przed trzema laty kilkakrotnie pobity po głowie, a raz spadł z drabiny. Od tego czasu cierpi na napady zamraczania, które bywają nieraz tak silne, iż musi on usiąść, aby nie upaść. Od roku przyłączyło się do tych napadów drżenie na całem ciele, utrudnienie mowy, gwizdania i połykania, zwłaszcza płynów. Badanie przedmiotowe wykazuje drżenie intencyjne i emocyjne, *nystagmus* intencyjny, pismo charakterystyczne, osłabienie kończyn, wygórowanie odruchów ścięgnistych, co obok napadów zamraczania udowadnia obecność sprawy rozsianej w mózgu i rdzeniu. Zasługują w tym przypadku na uwagę połowicze zaburzenia w czuciu (prawostronna przeczulica) i dość szybki przebieg choroby; chory okazuje już objawy zajęcia opuszki rdzenia przedłużonego, gdyż nerw twarzowy jest zajęty, gwizdanie i łykanie są utrudnione, a język zanika. (Streszczenie własne).

W rozprawach zabierali głos nad tymi przypadkami: koll. Borzęcki, Gertler, Górski, Krokiewicz.

III) Kol. Krokiewicz mówił: O bardzo czułym odczynie na barwiki żółciowe w moczu, polegającym na zmodyfikowanej metodzie Ehrlicha z kwasem diazobensolsiarkowym. Praca ta, dokonana wspólnie z kol. Dr. Batko, została ogłoszoną w Nr. 7 „Przegl. lekarskiego“.

W rozprawach nad tym odczytem kol. Maleszewski podniósł, iż próba kol. Krokiewicza jest jedynie szczęśliwą modyfikacyą próby Ehrlicha tak zw. sulfodiazobenzolowej na bilirubinę, która ma dawać jednak mniej wybitne zabarwienia. Również twierdzi, że potępiona przez kol. Krokiewicza próba formalinowa Gluzińskiego, udaje się bardzo pięknie z rozczynami czystymi bilirubiny, w moczu zaś, widocznie z jakichś ubocznych powodów, nie występuje wybitnie. Twierdzenia swoje opiera na doświadczeniach, robionych w klinice chorób wewnętrznych.

Kol. Bądzyński poleca bardzo próbę Krokiewicza i podnosi, że próba Ehrlicha zupełnie się nie przyjęła, podczas gdy Krokiewicza ma wszelkie po temu szanse, bo jest bardzo czuła.

Kol. Krokiewicz w odpowiedzi kol. Maleszewskiemu demonstruje jeszcze raz swoje próby i porównywa je z wykonanemi przez kol. Maleszewskiego, przyczem stwierdza naocznie, że zachwalane próby Ehrlichowskie w zupełności nie wytrzymują porównania.

Zebrani podziękowali kol. prelegentowi hucznymi oklaskami.

Dr Gorski.

VI. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

O szpitalach na prowincyi.

Ktokolwiek w ostatnich dziesiątkach lat śledził bieg rozwoju naszego kraju pod względem zdrowotnym, ten z dumą i radością przyznać musi, że nietylko nie stoimy na miejscu, lecz że idziemy ciągle naprzód za postępem; a jeżeli ten ruch nie jest dość żwawy, to wina nie leży w braku głów oświeconych i świadomych stanu potrzeb, lecz w szczupłości środków i nawale zadań. Żeby już nie zaczepiać wcześniej, jak od Dietla i od późniejszego Lutostańskiego, to przecież mamy poczesny szereg mężów bądź już zgasłych, bądź po dziś dzień działających, którzy słowem, piórem i czynem nad poprawą stosunków zdrowotnych kraju dzielnie pracowali, mężów, z których szczerze możemy być dumni. Za ich pobudką zarówno rząd, jak i Sejm krajowy i zwierzchności gminne odczuwały i odczuwają potrzebę nakładów na cele sanitarne, świadcząc na te cele podług sił, a nieraz i nad siły. Może kiedy znajdzie się pióro, które da nam obraz tego wielkiego dzieła zbiorowego, opisze walki z przesądami odwiecznymi, z kołtunem polskim, z uporem głów i z chudością mieszka publicznego, z biurokracyą i z interesami kastowymi, przedstawi jak myśl dobra i zdrowa wybijała się uporczywie na wierzch, jak jednała sobie przychylność ogółu i rozlewała się na coraz szersze warstwy ludności. Możemy więc, a nawet musimy powiedzieć sobie tak: Ustrój zdrowotny Galicyi we wszystkich swoich działach nie jest utworem sztucznym, na oślep, za wzorem zagranicy, lub opornie, pod naciskiem ustaw, w zrąb kraju wciśniętym; lecz jest dziełem pracy prowadzonej długo i celowo w warunkach ekonomicznych bardzo ciężkich, dziełem poczętem w odrębnych właściwościach kraju i do nich dostosowanem. Chcąc zaś o tych sprawach sąd wydawać, nie można brać ich pod miarę zagranicznych wzorów, lecz musi się sądzić je podług miary własnych sił, środków i potrzeb.

Te kilka uwag wstępnych uważałem za konieczne, jako je-

dnolite oświetlenie sprawy, którą w ostatnim kwartale 1897 r. poruszyły w „Przeglądzie lekarskim“ dwa pióra, pisząc o szpitalach prowincyonalnych z dwóch odrębnych punktów widzenia.

Ubóstwo kraju naszego w niczem może tak się nie odzwierciedla, jak w zewnętrznej postaci szpitali prowincyonalnych. Ale nie o ich postać zewnętrzną idzie; idzie o pytanie, czy te skromne i źle uposażone szpitale odpowiadają swemu celowi i potrzebom ludności. Rozjaśnienie tego pytania stanowi treść przytoczonych powyżej dwóch prac: jedna nosi tytuł: Szpitale prowincyonalne w r. 1896, i jest podpisana Dr. J. S. S., druga jest odpowiedzią na pierwszą, ma tytuł: W sprawie szpitali prowincyonalnych, a podpisał ją Dr. X. Autor tej ostatniej pracy wytknął jako cel, „zachęcenie kolegów do dyskusyi nad sprawą szpitali prowincyonalnych“. Dyskusya tem potrzebniejsza, że choć Autor pracę swą uważa za „rozpatrzenie faktycznego stanu rzeczy“, praca to jest bardzo śmiałym szkicem szpitali prowincyonalnych w przyszłości o idealnych zarysach wzorowego urządzenia, szkicem tak oderwanym od szarej rzeczywistości i od galicyjskiej gleby, że wobec jego złudnych kształtów, dzisiejszy ciężki dorobek szpitalny staje w cieniu upokorzenia, niczem niezasłużonego. Czekałem, czy doświadczeńsze pióro nie podejmie obrony pokrzywdzonej sprawy, lecz nie doczekawszy się, sam wypowiadam uwagi, jakie mi się za odpowiednie wydały.

Pierwszą połowę swej pracy krytycznej poświęca Dr. X. polemice z Dr. J. S. S., wykazując, że szpital umieszczony wśród miasta jest dla otoczenia niekorzystny i że szpitale nowe należałoby za miastem budować, stare zaś przenieść za miasto. I twierdzenie, i życzenie jest tak słuszne i oczywiste, że nikogo chyba w tym kierunku przekonywać nie trzeba; a jednak Dr. X., dla przeprowadzenia takiego dowodu, uznał za stósowne odmalować w ponurych barwach położenie zdrowotne obecnych śródmiejskich szpitali i opowiada, że stare nasze szpitale nie mają przeważnie ani dość dokładnego urządzenia zdrowotnego, ani należytej kanalizacyi, ani chemicznej pralni, natomiast zieją wonią pranej bielizny, ostrymi zapachami kuchni, częstokroć wonią kloaczną i nadto nieodstępnym zaduchem szpitalnym, zmięszanym z odorem karbolu i jodoformu w dodatku podnosi, że szpitale te zbudowane są wśród brudnych uliczek i zaułków żydowskich, przez które chorzy zakażeni muszą dostawać się do szpitala, a służba, która przed chwilą może stykała się bezpośrednio z chorymi na choroby wysypkowe, dur lub czerwonkę, czerpie wodę z odległych studni tak samo podejrzanemi narzędziami.

Ktokolwiek przeczyta ten dosadny opis, musi zaniepokoić się o zdrowie publiczne na prowincyi. Dla uspokojenia tych obaw mogę na szczęście odpowiedzieć dobitnie i krótko: to nie jest prawdą, nie ma w kraju naszym ani jednego szpitala powszechnego, któryby pod względem zewnętrznym i wewnętrznym streszczał wykazane braki; może tu i owdzie udałoby się odszukać pojedyncze rysy z tej opłakanej całości wyjęte, ale zaiste ani tak silne, ani tak wielkie, by mogły wzbudzić słuszne obawy. Znam osobiście dość wiele szpitali galicyjskich (choć niestety, nie wszystkie) i śmiało mogę powiedzieć, że dla zaprzeczenia twierdzeniom Dra X. wystarczy pojechać i zobaczyć. Skąd więc Dr. X. nabrał farb na swą paletę? Oto wydobył z pracy swego poprzednika Dra J. S. S. pojedyncze szczegóły i rozsnuł myślowo opisy w odmiennych zgoła celach i dla tych właśnie celów może zbyt dosadnie podane, a pominął w zupełności to, co Dr. J. S. S. na korzyść i chwałę szpitali podał, choćby np. ustęp: „Szpital z urządzeniem zdrowotnem, ciągłą uwagą lekarzy, dezinfekcyą ścieków i ustępów, z odosobnieniem chorych zakaźnych, z pralnią chemiczną, niszczącą zarazki, szpital, nad którym unosi się woń jodoformu i kwasu karbolowego, jest chyba stroną nie krzywdzącą, a krzywdzoną“. Bezstronny czytelnik niech zestawi ten ustęp z poprzednią parafrazą Dra X., a snadno przyzna, że nie godzi się zbywać szermierką słowną, choćby najudatniejszą, sprawy, w której wyłącznie jasne daty i liczby powinny rozstrzygać. Szkoda wielka, że Dr. X. nie zadał sobie trudu naocznego zbadania bodaj kilku szpitali prowincyonalnych, bo byłby się dowiedział, że do wożenia wody w każdym szpitalu są stróże, którzy bezwarunkowo nie doglądają chorych, a dozorcy ze sal nigdy nie zajmują się zaopatrywaniem szpitala w wodę, że do żadnego szpitala nie przywozi się chorych przez ciasne uliczki żydowskich zaułków.

Nie jest zresztą mojem zadaniem bronić zaczepionych poglądów Dra J. S. S.; broni ich ta prosta prawda, że wszystkie dzieła ludzkie zależą od środków, a nie od chęci, co w zastósowaniu do szpitali da się tak określić: szpital nowy trzeba budować za miastem, ale kiedy nie można, to trzeba ten szpital, który jest w mieście, utrzymać na stopie dla zdrowia publicznego jaknajpomyślniejszej. Nie jestto zresztą żadna nowość, bo dość się rozejrzeć po świecie, by zobaczyć, że mnóstwo szpitali po najpierwszych stolicach europejskich znajduje się w obrębie miasta i choć osięgły one z czasem wysoki stopień udoskonalenia w rozłożeniu i urządzeniu na wskroś nowoczesnem, to jednak początkami swymi opierają się one to o średniowieczne domy przytułków, to o klasztory. Dla przykładu weźmy tylko Warszawę z ośmiu szpitalami dużymi w obrębie miasta. A w Paryżu? „Hôtel Dieu“ pochodzi w prostej linii z VII wieku, „Hôpital de la Pitié“ powstał z przytuliska, założonego w r. 1612; opromieniona sławą Charcota „La Salpetrière“, to dawny „Hôpital général“ z r. 1656. Nić dziejowa łączy pokolenia z pokoleniami, wiek bierze po wieku spadki złe i dobre, a rzeczą zdrowego postępu nie burzyć, lecz rozumnie wśród tych historycznych dobytków gospodarować. Nie godzi się też nam potępiać tych starych szpitali i hospicyów, choć Dr. X. w rozsadnictwie zarazy początkowe wyznacza im miejsce, ale patrzeć na nie, jako na prawowitą matkę, która zrodziła nowożytne szpitalnictwo, dała wśród swych murów pole do pracy wielkim twórcom podwalin naszej wiedzy dzisiejszej, ustrzegła nas przez swoje chrześciańskie miłosierdzie od smutnego dziedzictwa trądu i dżumy. Są jeszcze inne przyczyny, które utrudniają lub niweczą bezwzględną zasadę zamiejskich szpitali, właśnie w najgorliwszem ich wykonywaniu. I tak szpitale dość nowe, za miastem zbudowane, przez szalony wzrost miast zostają otoczone domami (np. w Berlinie im Friedrichshain), bądź też gminy z miastem sąsiadujące sprzeciwiają się tworzeniu na swych obszarach szpitali zamiejskich, zwłaszcza dla chorób zakaźnych.

Te przykłady, sądzę, wystarczą na dowód, że akademicka teza „szpitale za miasto“ w życiu praktycznem, gdzie prócz słów potrzeba jeszcze pieniędzy i przestrzeni, musi być stósowana dość ogłędnie i że trzeba wstąpić do Annasza i do Kajfasza, zanim się dojdzie do celu. Nic innego też nie miał na myśli Dr. J. S. S., pisząc swe uwagi o szpitalach prowincyonalnych na podstawie znakomicie wyczerpanego szeregu prawdziwych, na prowincyi galicyjskiej zebranych, spostrzeżeń; a już żadną miarą nie zasłużył na podsuwanie mu obskurantyzmu, ani na dowcipy w rodzaju „szpitalnej parfumeryi“. Stanowczo wreszcie zasługuje na odparcie pogląd Dra X., wystósowany pod adresem ogólno narodowym: „W tem, że wszystko tanio u siebie mieć chcemy, tkwi głównie wada naszych urządzeń: zamiast zbudować raz dobrze i wyposażyć szpital sowicie, buduje się tanio a źle, lub z roku na rok potrosze, tak, że co chwila trzeba dodawać przystawki etc....“ Kto takie surowe prawdy mówi w oczy całemu krajowi, ten powinien się oprzeć na niewzruszonej opoce dowodów stanowczych i niezbitych. Gdzież one? Niechże Dr. X. zechce nam powiedzieć, co zbudowano tanio a źle, czy może szpital w Żywcu lub Tarnopolu, czy w Lubaczowie lub w Przemyślanach? Czy może zakłady kliniczne we Lwowie, lub oddział chirurgiczny w krakowskim szpitalu? O ile przytem zawinił Wydział krajowy? w czem pobłądziła Rada zdrowia? Niech Dr. X. zechce wymienić te, co chwila dodawane, przystawki do nowych szpitali? A jeżeli przejdziemy do szpitali starych, to czy mamy winić tych, którzy przed laty przez grozę epidemij, tępiących ludność, przez strach zaniedbania chorób wśród wiejskiego proletaryatu, przez samarytańskie współczucie dla matek rodzących bez dachu nad głową, nie mając za co stawiać nowych zakładów, poprzerabiali stare gmachy na szpitale i oddali je do użytku cierpiących? Czy też wina spadnie na ich następców, którzy nie pozamykali tych starych szpitali, lecz przez przeróbki i dobudówki starają się choć zwolna nadążyć za postępem nowożytnych wymagań publicznej higieny?

Druga, obszerniejsza część pracy Dra X. zajmuje się urządzeniem i wyposażeniem wewnętrznem szpitali prowincyonalnych w najrozmaitszych kierunkach, oraz służbą szpitalną wyższą i niższą. Opracowanie rzeczowe tej części jest bardzo lakoniczne; autor przeważnie rzuca tylko mnogie pomysły w formie aforyzmów. Z tego też powodu zajmę się tylko wnioskami najbardziej jaskrawymi, bo szczegółowe rozważanie wszystkich projektów Dra X. zbyt wiele cennego miejsca musiałoby zabrać „Przeglądowi lekarskiemu“. Miara wymagań szpitalnych, zwłaszcza skoro się jej zapożyczy u zagranicznych wzorów, jest pojęciem bardzo podmiotowem i mało chyba na świecie zakładów, którymby jeszcze i to i owo nie przydało się. Nasza galicyjska miara dla prowincyonalnych szpitali jest bardzo ściśle oznaczona ubóstwem kraju, a ograniczona z jednej strony zaspokojeniem koniecznych wymagań leczniczych, z drugiej zaś strony względami bezpieczeństwa dla otoczenia. Dla Dra X. te granice za ciasne; załatwiwszy się więc z zadaniem bezpieczeństwa na zewnątrz, dąży do rozszerzenia drugiej granicy w kierunku lepszego wyposażenia szpitali pod najrozmaitszymi względami.

Przedewszystkiem więc żąda do badań mikroskopowych, chemicznych i bakteryologicznych odpowiednio wyposażonej pracowni, „bez której lekarz podobny jest do krótkowidza bez okularów, szpital zaś pozostaje tem, czem bywał dotychczas, t. j. miejscem przytułku dla kaszlących emfizematyków i polem dla dowolnej empiryi bez podstaw...“ Po tych słowach znów żal ogarnia, że Dr. X. nie zwiedził choć kilku szpitali, zanim w sprawie tych szpi-

tali głos zabrał. Byłby się przekonał, że coś podobnego, choć pod skromniejszą nazwą, robi się w każdym szpitalu, w sposób wystarczający dla praktycznych względów rozpoznawczych i leczniczych. Bada się o ile można wszechstronnie wydzieliny chorych, osady, krew i patologiczne tkanki, waży się i mierzy chorych, bo chyba niema obecnie szpitala bez lepszego lub gorszego mikroskopu, bez wagi dziesiętnej i metra, a prostszych odczynników chemicznych w każdej dostanie aptece. Robi to dziś każdy praktyk, nie dopieroż lekarz szpitalny: po za tą jednak obowiązkową robotą z dobrej woli lekarzy, odbywają się w kilku szpitalach badania ze ścisłością już niemal naukową, o czem także Dr. X. mógłby się był przekonać. Jest w tem wszystkiem zasadnicze nieporozumienie. Co innego klinika a co innego szpital i o tem nie godzi się zapominać. Są w nauce naszej szczęśliwcy, którym dane jest iść przodem: przed nimi ciemności do rozjaśnienia, za nimi zdobycze dla cierpiącej ludzkości. Ale to jest zadaniem klinik i rządowych zakładów naukowych, wyposażonych bogato w urządzenia, bibliotekę, w całą arkę Noego ssaków, ptaków i płazów do doświadczeń. Lekarz praktyczny, jakim jest w pierwszym rzędzie każdy lekarz szpitalny, nie może się o to kusić, boby się naraził na śmieszność, ponieważ wobec rozdrobnienia nauki na liczne działy, sama dobra chęć i największe nawet zdolności nie wystarczą, jeżeli nie znajdą punktu oparcia w kosztownych narzędziach pracy i w specyalnem przygotowaniu naukowem. Ani Pasteur, ani Koch, ani Behring, ani Roux, ani Röntgen nie mieliby w podolskiem miasteczku sposobności poczynienia swych wiekopomnych odkryć. Zadanie lekarza praktycznego zaczyna się w chwili, kiedy zdobycze pracowni stają się przedmiotem, że się tak wyrażę, publicznej emisyi o notowanym kursie. Wolny od obowiązku posuwania naprzód wiedzy, ma on wyniki tej wiedzy stosować praktycznie na chorych i tu się zaczyna jego odpowiedzialność. Przy dobrej woli, przy pilnem śledzeniu lekarskiego piśmiennictwa, przy skromniutkich, ale dobrze użytych środkach pomocniczych, jakiego takiego mikroskopu, miary, wagi, i chemicznych odczynników, uczyni lekarz zadość i sumieniu swemu i potrzebom chorego. Mimo to czeka go jeszcze zarzut, że jego szpital to miejsce przytułku „dla kaszlących emfizematyków“. Jakto? i nie więcej! I to się pisze w czasie, kiedy jak kraj długi i szeroki brzmi jedno wołanie o pomnożenie łóżek, kiedy jeden szpital — sam Dr. X. to pisze — ma służyć trzem powiatom. Czyżby w tak zastraszający sposób rozszerzyła się choroba, robiąca ze spokojnych ludzi „emfizematyków“, że wyrugowała ze szpitali dur, płonicę, dławiec, czerwonkę, zapalenie płuc, zołzy, gruźlicę, nowotwory, jaglicę, choroby skórne, rany, oparzenia i zmiażdżenia części miękkich i kości? Nie! Szeroka fala ludzkiej niedoli płynie jak dawniej przez szpitale prowincyonalne, nie troszcząc się zgoła o ludzkie sądy, i lekarze szpitalni pracują ciągle wszechstronnie na tem „polu dowolnej empiryi bez podstaw ścisłą nauką wskazanych“.

O lekarzach szpitalnych Dr. X. w planie swym również pamięta. Pisze on tak: „Nie ujmując nikomu, przecież trudno się wstrzymać od uwagi, że niektórzy z lekarzy, o ile zwłaszcza nie zdołali nadążyć tak szybkiemu w ostatnich latach postępowi medycyny, nie odpowiadają dzisiaj w całej pełni swemu stanowisku... Jeżeli też gdzieniegdzie nie ma takiego doboru lekarzy, jakby sobie tego życzyć należało, to przyczyna tkwi również w lichem udotowaniu posad lekarzy szpitalnych“. Ta myśl bez żadnego logicznego naciągania musi wprost zrodzić twierdzenie: zapłaćcie lepiej, a będziecie mieli lepszych lekarzy po szpitalach. Twierdzenia tego nie osłabia wcale autor ani próbami złagodzenia, że w pierwszym rzędzie chirurgów miał na myśli, ani późniejszemi uwagami: rdzeń twierdzenia zostaje ten sam, niezmieniony. Darują mi Szanowni Koledzy szpitalni, a mam ich przed oczyma cały zastęp czcigodny, i tych co wiek sterali w mozolnej pracy i tych, co z młodzieńczym zapałem stanęli dopiero na posterunku, darują mi, że na ten jeden zarzut Dra X. nie podejmę rzeczowej obrony. I tak już v a t i c i n i u m p o s t e v e n t u m sprawdziło się, i w chwili, kiedy Dr. X. żądał podniesienia płac, już Wydział krajowy tę zmianę w życie wprowadzał. Teraz czekać tylko wypada na ten nowy dobór lekarzy Dra X. Jedno przecież zapytanie wprost do osoby Dra X. wystosuję: nie wiem, słowem ręczę, kto nim jest i jaki urząd zajmuje; ale przypuśćmy n. p. — przypuśćmy powiadam — że jest lekarzem w służbie rządowej. Coby Dr. X. powiedział o autorze lekarzu, któryby przytoczony w cudzysłowie ustęp w piśmie lekarskiem ogłosił, zastępując wyraz lekarze szpitalni wyrazem lekarze rządowi?

Ale nie tu kres wniosków Dra X. Pisze on dalej, że zarządy większych szpitali powinny skupiać u siebie grono specyalistów (chirurg, internista, akuszer-ginekolog, okulista...), którzyby postawieni na czele poszczególnych oddziałów, mogli znaleźć zachętę do osiedlania się nie tylko w stolicach, ale też i na prowincyi... Z pomiędzy kilku lekarzy szpitalnych ten powinien prowadzić zarząd szpitala, który posiada egzamin fizykacki i zajmuje się higieną. W żadnym punkcie owej pracy Dr. X. zapatrzony w słońce wielkomiejskich wzorów, nie odbiegł tak od właściwości naszych szpitali, jak w tym ustępie. Jestto formalne żądanie utworzenia w miastach prowincyonalnych szpitali na wzór krajowych w Krakowie i we Lwowie. Szpitale nasze pod żadnym względem nie są do tego przygotowane i przewidzieć się nawet nie da chwila, kiedy do tego przyjść by mogło. Nie podaje też autor zgoła sposobu przeprowadzenia tej myśli i pozostawia ją zawieszoną w powietrzu; i n m a g n i s e t v o l u i s s e s a t i s e s t. Zważmy jednak, że pomijając trudność znalezienia sporej liczby specyalistów, brak sposobu do uposażenia ich w płacę choćby woźnego, niepodobieństwo odgraniczenia ich zakresu działania na małej przestrzeni szpitalnej, której cechą ciągłe improwizowanie chwilowych oddziałów, czasem kilku na jednej sali; zważmy, że pokonawszy to wszystko stworzyłoby się płód sztuczny. Rozsiedlenie bowiem lekarzy w każdym kraju reguluje się ekonomiczną zasadą o podaży i zapotrzebowaniu. Tam, gdzie ludność potrzebami swemi zapewnia lekarzowi dochód za jego pracę, tam lekarze sami napływają zdaleka, ale zato nawet premią w postaci posady trudno ich ściągnąć tam, gdzie choćby skromny chleb na nich nie czeka. Czyż ludność prowincyi potrzebowałaby czekać na radę Dra X., gdyby pobyt na prowincyi zapewniał choć skromny byt specyaliście? Znam lekarzy, którzy próbowali szczęścia w stolicach, jako specyaliści, a wyniósłszy się później na prowincyę, taili jaknajstaranniej swoją specyalność w dobrze zrozumianym własnym interesie. Jak hiszpańscy grandowie jechali na odkrycie nieznanych jeszcze krajów z patentami gubernatorskimi, tak w tych nieprzygotowanych jeszcze warunkach lekarze z egzaminem fizykackim zyskali z rąk Dra X. naczelne stanowisko. Czuć w tem z daleka ową, — już teraz przykro czuć się dającą — tendencyę, do tworzenia wśród zastępu lekarskiego hierarchii nie na przymiotach osobistych, lecz na egzaminie opartej. Znikają po szpitalach coraz więcej chirurdzy; na ich miejsce przyszłość ma nam przynieść egzaminowanych i nieegzaminowanych. Przed paru laty w pewnem sprawozdaniu wyrażono radość z powodu powiększenia się liczby lekarzy z egzaminami fizykackimi, a w służbie rządowej nie szukających zatrudnienia. Ja z punktu szpitalnego tej radości nie podzielam, bo jej nie rozumiem. Dotychczas od profesorów uniwersyteckich, kierujących ogromnemi klinikami, nie przyszło na myśl nikomu wymagać egzaminów fizykackich; to samo powiedzieć można o najznakomitszych pracownikach w poszczególnych działach wiedzy lekarskiej: skądże takie ograniczenie dla prowincyi, boleśnie raniące wyznaczeniem podrzędnej roli w szpitalu tym lekarzom, którzy egzaminu fizykackiego nie mają? Zgoła w czem innem tkwi wartość lekarza szpitalnego na prowincyi. Dr. X. zapoznał je podobnie, jak poprzednio zapoznał stanowisko samego szpitala prowincyonalnego. Lekarz prowincyonalny musi skupiać w swym umyśle skromny, ale wielostronny i doskonale przetrawiony i w jasne poglądy ujęty zapas praktycznej wiedzy, który mu pozwoli szybko trafić na właściwą drogę w przypadkach chorobowych, będących, że tak powiem, chlebem powszednim praktyki, a w przechodzących zakres jego doświadczenia lub sprawności, uchronić od błędów. (Objaśnię tu przykładem: lekarz który rozpoznał jaskrę i skierował chorego na czas do specyalisty, choć sam nie wykonał operacyi, choremu oddał przecież przysługę bardzo wielką). Lekarz na prowincyi powinien mieć dalej wielkie poczucie obowiązku i odpowiedzialności, jako najniższa, ale często i ostatnia instancya w sprawach, w których ludzkie życie i byt rodzin całych w grę poważną wchodzi; nie mniej musi mieć takt i stanowczość w stosunku do rozlicznych władz, z któremi szpital często ma do czynienia, w końcu wznieść mu się należy duchowo na pewne wyżyny ponad poziome i brudne nieraz zatargi o kawał chleba, ponad zaściankowe poglądy małomiejskiej polityki, by w tych mętach nie zatracić humanitarnych i obywatelskich godeł naszego pięknego zawodu. Takich ludzi gotowych żaden egzamin nie wydaje, bo dopiero szkoła życia stopniowo umie urabiać typy, dopasowane do potrzeb miejsca i czasu. W dzisiejszych warunkach najświetniejszy specyalista zmarniałby na prowincyi, lub przerobić by się musiał w duchu miejscowych wymagań. Wieleż to razy słyszałem z ust kolegów specyalistów, których wywabiła na prowincyę chwilowo p r a x i s a u r e a, zapytanie: jak wy tu możecie wytrzymać? W tych słowach szczerych, człowieka z innych warunków, mieści się ocena projektu Dra X.

Nie mając celu zapuszczać się dalej, kończę te uwagi, do jakich pobudziła mię praca Dra X. Nie było moim zamiarem zacieranie przed czytelnikiem wad szpitalnictwa prowincyonalnego i jego braków, bo jest ich bardzo a bardzo wiele; chciałem tylko wykazać, że te wady i błędy są tak ściśle poplątane z niewesołą dolą kraju naszego, że oderwanym sposobem, drogą teoretyczną, bez uwzględnienia czysto galicyjskich danych, nie wiele się da zrobić

dla szpitali; zbyt zaś doraźne reformy mogłyby je upośledzić w spełnieniu zadań. Jest wschodnia bajka o strzelcu, który miał łuk prostej i grubej roboty, ale noszący strzały daleko i celnie; strzelec łuk ten upiększył licznemi rzeźbami i łuk pękł mu w rękach przy pierwszej próbie strzelania....

Dr. Józef Łuszczkiewicz.

VII. II. Zjazda ustryackiego Towarzystwa otologicznego w Wiedniu.

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

3) Dr. Falta (Szegedyn): miał wykład: O zarośnięciu trąbki Eustachiusza. U chorej szesnastoletniej, narzekającej na szum w uszach, wykazało badanie w uchu prawem: bystrość słuchowa dla zegarka = 3/100, dla słuchomierza Politzera 1½ m., dla szeptu 3 m., R > — ; percepcya kości dla wysokich i głębokich tonów przedłużona; w uchu lewem: zegarek 5/100, słuchomierz 3 m., szept 4 m., R > —. Weber na prawo. Badanie wziernikiem wykazało obustronnie: błona bębenkowa nieznacznie ściągnięta, nadzwyczaj przejrzysta, długi wyrostek kowadełka prześwieca, stożek świetlny prawidłowy. Zapomocą rynoskopii tylnej widać zaledwie spłaszczoną wypukłość trąbki i jej zmniejszone ujście polykowe. Koniec cewnika trąbkowego można wprowadzić do tego ujścia; powietrze jednak żadnem parciem wcisnąć się nie daje. Tak samo stoczek trąbkowy wnika zaledwie na 2—3 mm. nad dzióbkiem cewnika, a zapomocą żadnego rękoczynu nie daje się głębiej wprowadzić. Zabieg Politzera nie daje się wykonać, również zabieg Valsalvy nie wywołuje żadnej zmiany na błonie bębenkowej, prócz nastrzykania rękojeści młotka, co daje się odnieść do wywołanego tym zabiegiem zastoju krwi. Przy badaniu manometrem natrysk powietrza, wykonany czy to cewnikiem, czy też metodą Politzera, nie wywołuje żadnej zmiany; zato silna próba Valsalvy sprowadza zmniejszenie ucisku w manometrze. Wynik ten tłómaczy się tylko synergicznem skurczeniem się podczas tego rękoczynu mięśnia, naprężającego błonę bębenkową, z mięśniami podniebienio-trąbkowymi. Skurcz taki m. naprężającego bł. bęb. ściąga ją na wewnątrz, co sprowadza rozszerzenie powietrza w uchu zewnętrznem, a w dalszem następstwie opadnięcie płynu w manometrze. Przy tej sposobności przekonał się F., że przy próbie Valsalvy, a więc podczas skurczu mięśnia naprężającego błonę bęb. percepcya głosu przez powietrze staje się upośledzoną tak dla tonów wysokich, jako też i głębokich, co jest dobitnym dowodem wpływu tego mięśnia na przewodnictwo fal głosowych i roli, którą kostki słuchowe w przewodnictwie tonów odgrywają. W jamie nosowo-gardłowej znachodziły się wszystkie objawy zadawnionego nieżytu przerostowego błony śluzowej.

Przez zamknięcie trąbki przewiew jamy bębenkowej staje się niemożebnym, następuje rozszerzenie w niej powietrza, które pociąga za sobą dalsze zmiany. W przypadku podanym wejrzenie błony bębenkowej wykazywało, że w jamie bębenkowej niema wypocin, gdyż jej blask, przeźroczystość, barwa zostały utrzymane; przytem słuch był stosunkowo dobry, a błona niezbyt wciągniętą. Z tego wynika, że w jamie bębenkowej, ze względu na „horror vacui“, musiało się znachodzić powietrze, a zatem i wymiana powietrza odbywać się musiała: a gdy to zwykłą drogą, przez trąbkę, stać się nie mogło, to F. nabył przekonania, iż przewiew jamy bęb. jest możebnym nie tylko przez trąbkę, lecz także i przez błonę bęb., szczególnie w przypadkach, gdzie błona ta jest nadzwyczaj delikatną, jak to miało miejsce w przytoczonym. Na poparcie tego zdania F. przeprowadził doświadczenia, które jednak do tej pory jeszcze nie dojrzały do wyciągnięcia z nich konkretnego wniosku.

Najczęstszemi przyczynami zarośnięcia trąbki bywają wrzody kiłowe i błonicze, zapalenia plastyczne tkanki kostnej lub błony śluzowej w kostnej lub chrząstkowej części trąbki, dalej mechaniczny ucisk przez wszelkiego rodzaju obrzęk i guzy, wtargnięcie ciał obcych, postrzałów, oraz różne inne uszkodzenia. Zapalenie ucha środk. może sprowadzić zarośnięcie ujścia bębenkowego.

W przypadku F., tak badanie jak i wywiady każą wykluczyć wszelkie inne przyczyny, z wyjątkiem choroby nosa i gardła. Ta ostatnia rozszerzyła się prawdopodobnie do trąbki, a w następstwie przewlekłego przerostowego nieżytu doszło do zarośnięcia światła trąbki, przez miejscowe zniszczenie przybłonka błony śluzowej.

Do objawów tego cierpienia należą: podmiotowe wrażenia słuchowe, uczucie pełności w uchu, wydzielina w jamie bębenkowej, wybitne zaciągnięcie błony bęb., znaczne upośledzenie słuchu i autofonia (słyszenie wzmożone własnego głosu). W przypadku F., prócz szumu i nieznacznego przytępienia słuchu, brakowało wszystkich innych objawów, co właśnie tłómaczy się przepuszczalnością błony bęb. dla powietrza. Cicha jednak mowa chorej przemawia, zdaniem F., za tem, że ona dawniej na autofonię cierpiała.

Najprostszym sposobem leczenia tej choroby byłoby utorowanie drogi powietrzu do jamy bębenkowej, przez stały otwór w błonie bęb. Temu atoli zadaniu stoi na przeszkodzie siła odrodcza błony bęb. W razie potrzeby należałoby wyciąć część błony bęb., a nawet młotek i kowadełko. Wypadałoby też spróbować, czy się nie uda otrzymać stałego przedziurawienia błony bęb., przez wstrzyknięcie waseliny w stosownej ilości przez błonę tę do jamy bęb., jak to się stało przypadkowo u pewnego chorego Dra Alta, przy wstrzyknięciu tego płynu przez trąbkę i przedziurawieniu błony bęb. W każdym razie można się udać do podobnych zabiegów tylko w razie znacznych dolegliwości, zwłaszcza znacznego przytłumienia słuchu. W swoim przypadku próbował F. przez jakiś czas leczenia nosa i gardła, a gdy wyraźnego polepszenia ono nie sprowadziło, zaniechał dalszych usiłowań, ze względu na niezmiennie utrzymujący się dość dobry słuch.

Kończąc podaje F. jeszcze nowy sposób określenia wyników badania słuchu, którego zastosowanie zaleca się z powodu swej zwięzłości, oraz prędszego i łatwiejszego rozejrzenia się, a mianowicie:

R +	ma znaczyć	Rinne + i trwałość prawidłową percepcyi ze strony kości czaszki, co odpowiada stosunkom prawidłowym.
R —	„ „	Rinne — i prawidłową trwałość percepcyi, co odpowiada lekkiemu zaburzeniu w narządzie przewodzącym głos.
R > +	„ „	Rinne + z przedłużeniem percepcyi kości, co odpowiada okresowi początkowemu ostrego zapalenia ucha środkowego.
R < +	„ „	Rinne + ze skróconą percepcyą, odpowiada stwardnieniu, zajęciu błędnika i n. słuchowego.
R > —	„ „	Rinne — z przedłużoną percepcyą, odpowiada czystym zaburzeniom narządu głos przewodzącego i zamknięciu trąbki,
R < —	„ „	Rinne — ze skróconą percepcyą, odpowiada zajęciu równoczesnemu narządu głos przewodzącego i uświadamiającego go.

Gomperz poleca dla rozpoznania i leczenia takich przypadków sposób Politzera, mianowicie, po nacięciu błony bęb. należy wpędzić powietrze przez ucho zewnętrzne. W ten sposób może czasem się udać wpędzić powietrze przez trąbkę, mimo że się to nie udało odwrotną drogą.

Gruber zgadza się z tem, że zarośnięcia trąbki nie można rozpoznawać z tego objawu, że przedmuchiwanie powietrza przez trąbkę nie powiodło się, gdyż zdarza się czasem, że tam, gdzie przez ścieśnioną trąbkę przechodzą płyny, powietrze nie przechodzi. O tem można się w odpowiednich przypadkach przekonać, jeżeli się wpuszcza płyn do nosa, a potem, przy zamkniętym nosie, wtłacza powietrze. Płyn przez trąbkę przechodzi, a powietrze nie. Nieraz jakiś nowotwór w sąsiedztwie może stać na drodze cewnikowi i powietrzu, podczas gdy płyn prędzej sobie drogę utoruje. Dlatego też rozpoznanie zarośnięcia trąbki nigdy nie może być pewnem, dopóki go nie stwierdzimy naocznie, t. j. wziernikiem.

Alt widział także u robotników w jaszczykach (Caissonarbeiter) zamknięcie trąbki, trwające kilka dni, które było wywołane przez ujemny ucisk w jamie bęb. i działanie ssące na naczynia krwionośne błony śluzowej trąbki. Zamknięcie to było tak szczelne, że nie udało się przeprowadzić najmniejszej ilości powietrza, ani przez cewnikowanie, ani zabiegiem Valsalvy. Mimo to nie było zarośnięcia, gdyż ta niedrożność po kilku dniach ustąpiła.

Falta uważa pomyłkę w swojem rozpoznaniu za wykluczoną, gdyż spostrzegał chorą przez 9 miesięcy. Stan zawsze był ten sam i wszelkie jego usiłowania, by zapomocą cewnika uskutecznić wstrzykiwanie, nigdy się nie udały. Wziernikowaniem nie podobna było stwierdzić zarośnięcia, gdyż było ono wyżej; ujście zaś gardłowe było wolne, natomiast nacięcia błony bęb. dla samego doświadczenia lub rozpoznania, ze względu na utrzymany znaczny stopień słuchu, nie uważał za rzecz słuszną wykonywać.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków 3 Marca.

* Dr. St. Markiewicz ogłasza: „Ś. p. Stanisław Krysiński oddawał niektórym kolegom specyalistom materyały do powszechnego słownictwa lekarskiego do przejrzenia i uzupełnienia. Ponieważ nie udało się dotychczas znaleźć w papierach nieboszczyka pewnej części materyałów rzeczonych, a w szczególności zbioru nazw z dziedziny psychiatryi i dermatologii, które to zbiory nazw stanowczo były w posiadaniu ś. p. Krysińskiego, przeto zwracam się z prośbą do kolegów, którym materyały słownikowe były do przejrzenia lub uzupełnienia przez zmarłego kolegę wręczone, lub którzyby o materyałach owych jakąś wiadomość posiadali, iżby raczyli w najkrótszym czasie porozumieć się ze mną, jako z jednym z kuratorów spuścizny literackiej ś. p Krysińskiego.

* Czytamy w „Medycynie" (Nr. 9): „W ciągu roku bieżącego, dzięki zapomogom, czerpanym z kasy im. Mianowskiego, ukazać się ma w druku cały szereg b. potrzebnych książek lekarskich polskich. Wymienić tu wypada przedewszystkiem przekład 3 obszernych podręczników chirurgicznych, a mianowicie podręcznika chirurgii ogólnej Billroth-Winiwaertera (około 50 arkuszy druku), podręcznika chirurgii szczegółowej Hueter-Lossena (około 80 arkuszy druku) i podręcznika chirurgii operacyjnej Kochera (około 30 arkuszy druku). Druk tych 3 dzieł dokonywa się jednocześnie i jest wszelka nadzieja, że ukończony będzie w połowie r. 1899. Dzieła pomienione wychodzić będą zeszytami 10 arkuszowymi w cenie 50 kop. za zeszyt. Zeszyt pierwszy, obejmujący początek chirurgii szczegółowej, w tych dniach oddany już został do księgarni. Nastąpi po nim początkowy zeszyt chirurgii ogólnej. W przekładzie wspomnianych podręczników biorą udział koledzy: Grosglik, Karczewski, Korzeniowski, Leśniowski, Łapiński, Pałęcki, Przypkowski, Skłodowski, Sławiński, Szumlański, Watten i Witold Żurakowski ze współudziałem St. Markiewicza. Jednocześnie rozpoczęto druk obszernej pracy ś. p. Stanisława Krysińskiego, poświęconej słownictwu anatomicznemu. Praca ta dzieli się na 3 części, z których każda stanowić będzie tom odrębny. Część pierwsza obejmie w przekładzie Willisa: „Anatomische Nomenklatur", a więc całość wyrazownictwa anatomicznego łacińskiego, według uchwał Niemieckiego Towarz. anatomicznego, wraz ze wstępem i objaśnieniami. Obok nazw łacińskich, zeszeregowanych w porządku anatomicznym, autor pomieścił nazwy polskie. Część druga będzie mieściła właściwy słownik łacińsko-polski i polsko-łaciński, obejmujący wszystkie nazwy w porządku abecadłowym. Wreszcie część trzecia obejmuje słownik łacińsko-polski wszystkich nazw anatomicznych w porządku abecadłowym z objaśnieniami, dotyczącemi pochodzenia owych nazw i po części z ich synonimiką. Wszystkie trzy części dzieła, — razem około 40 arkuszy druku, — drukują się jednocześnie i z końcem roku bieżącego oddane będą do księgarni. Wydaniem tej prawdziwie pomnikowej pracy niestrudzonego a nieodżałowanego kolegi Krysińskiego zajmują się koledzy St. Markiewicz, Puławski, Br. Sawicki i Ant. Śmiechowski. Nakoniec również w r. bieżącym wyjdzie, rozpoczęta już w druku, monografia obszerna (około 25 arkuszy) kol. Stan. Orłowskiego z Moskwy, pod tyt.: »Syfilis rdzenia«, w znacznej części oparta na własnych spostrzeżeniach autora.

* Dr. Józef Zawadzki poruszył w Nrze 4 »Kroniki lekarskiej« sprawę założenia »Kas zaliczkowo-wkładkowej dla lekarzy wolno praktykujących w Warszawie«. Projekt ustawy został przez ogłoszenie poddany ogólnej dyskusyi, a po 2 ch miesiącach ma być przedstawiony władzy do zatwierdzenia. Wątpić nie należy, że ogół lekarzy warszawskich poprze ten projekt we własnym interesie.

* VI ty Zjazd lekarzy powiatowych odbył się we Lwowie d. 26 z. m. pod przewodnictwem protomedyka radcy Merunowicza. Wzięło w nim udział 60 lekarzy. Omawiano na tym Zjeździe postanowienia nowej ustawy o fałszowaniu pożywek, nowe instrukcye dla akuszerek, a w końcu sprawę składów aptecznych (drogueryj), które wymagają większego, niż dotychczas, nadzoru itd.

Przy wspólnym obiedzie uczczono 25-letnią rocznicę otrzymania dyplomu lekarskiego przez protomedyka Merunowicza i złożono kwotę 570 złr. na fundusz sierót i wdów po lekarzach, jego imienia.

W Zjeździe wziął udział prof. O. Bujwid — z Krakowa.

„Spolek českých lékařů" mianował członkami honorowymi profesorów Rydygiera i Obrzuta.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymał Stanisław Boczar.

* XIX-ty Zjazd balneologów niemieckich odbędzie się w Wiedniu, między 11 a 15 marca.

* »Medizinisch-Chirurgisches Central-Blatt« dowiaduje się, że wiedeński Wydział lekarski przedstawi na katedrę sądowej medycyny, wakującą po ś. p. prof. Hofmanie — »primo et unico loco« — prof. Aleksandra Koliskę.

* »Pietierburgskije Wiedomosti« donoszą, że w cesarstwie rosyjskiem zamierzono pozakładać apteki wyłącznie weterynaryjne.

Nekrologia. Zmarli: W Fiesola (pod Florencyą) zmarł Dr. Józef Wolski. W Petersburgu Dr. Julian Jabłoński w 31 roku życia. Dr. Schwimmer Ernest, profesor chorób skórnych w Peszcie. Dr. Moldenhauer, profesor laryngologii w Lipsku w 53 roku życia. Dr. Leuckart Rudolf, profesor zoologii w Lipsku.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W »Kronice lekarskiej« (Zeszyt 4): Dra Sędziaka: Przyczynek do rozpoznawania, oraz leczenia ropnego zapalenia migdałka podniebiennego, oraz językowego, ze szczególnem uwzględnieniem ropnia okołomigdałkowego. Dra Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o ciałach obcych w macicy. W „Medycynie" Nr. 9: Prof. Dra Dogiela: O wpływie muzyki i barw widma świetlnego na układ nerwowy człowieka i zwierząt. W „Gazecie Lekarskiej" Nr. 9: Dra Czajkowskiego J.: Przyczynek do rozpoznawania ogniskowych cierpień mózgu. Dra Arnsteina F.; Przyczynek do działania dużych dawek pilokarpiny przy zapaleniu płuc włóknikowem W »Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« (Zeszyt IV 1897 r.): Biernackiego: Dalsze spostrzeżenia nad samoistną sedymentacyą krwi. Ciechanowskiego i Nowaka J. Przyczynek do badań nad etyologią dysenteryi. Kramsztyka Z.: Z optometryi objektywnej; pole widzenia wziernikowe i pole oświetlone Sawickiego J. W.: Falowanie nerwowe, jako równoważnik zjawisk psychicznych. Zarys energetyki układu nerwowego. Tyrchowskiego Wł.: Instytut położniczy w Warszawie od r. 1802—1884.

Redakcya otrzymała:

— Polikier B.: Kilka słów o warunkach, utrudniających rozwój medycyny. 1898.

— Dr. Kornfeld S.: Erfahrungen über Trional als Schlafmittel mit besonderer Rücksicht auf die Beeinflussung des Blutdruckes. Wiedeń, 1898.

— Dr. Strauss A.: Ueber das Protargol als Antiblennorrhoicum und Antisepticum. 1898.

— Zbiór prac z kliniki lekarskiej Prof. Dra E. Korczyńskiego zeszyt XX). Kraków, 1896 i 1897.

— Dr. Higier H.: W kwestyi rozpoznania chorób stożka końcowego rdzenia. Warszawa, 1897.

— Tenże: O myotomii i stanach pokrewnych. Warszawa, 1897 r.

— Tenże: Przypadek obustronnego zapalenia ostrego nerwów wzrokowych z trwającą 4 tygodnie ślepotą zupełną i następczem wyzdrowieniem. Warszawa, 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 9-go Marca, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum", w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

1) Kol. Doc. Dr. Reiss: przedstawi chorego z kliniki chorób skórnych.

2) Kol. Dr. Kośmiński: przedstawi chorego z oddziału Prof. Dra Marsa.

3) Kol. Doc. Dr. Nowak Julian wypowie odczyt: „Jady wężów i skorpionów i ich działanie".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**